

# ANAIIS PAULISTAS DE

# MEDICINA E CIRURGIA

VOLUME LXXXI

N.º 5

Maio de 1961

Neste número :

Trabalhos Originais:	Pág.
Conduta clínica e quirúrgica em las colecistopatias — Dr. TOMAS ARETA .....	309
Considerações sobre neoplasias primárias e secundárias do fígado — Prof. CARLOS LOWEY e Dr. CARLOS DE OLIVEIRA BASTOS .....	315
Produção Médica de São Paulo:	
Associação Paulista de Medicina .....	259
Sociedade Médica São Lucas .....	276
Imprensa Médica de São Paulo:	
Sumário dos últimos números .....	284
Vida Médica de São Paulo:	
Instituto Médico-Legal do Estado de São Paulo .....	288
Associação Paulista de Medicina .....	292
Inspeção dos Serviços de Raios X e Substâncias Radioativas .....	294
Congressos Médicos:	
XI Congresso Brasileiro de Proctologia .....	294
Assuntos de Atualidade:	
Prêmio Internacional "Recondit" de Cardiologia .....	296
I Conferência sobre o ensino da pediatria no Brasil .....	298
Atualização em pediatria .....	298
Casa de Saúde São Miguel .....	300
Literatura Médica:	
Livros e folhetos recebidos .....	306
Boletim do Sanatório São Lucas:	
Conduta em um caso de estrangulamento herniário — Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO .....	163
Hipernefrosia (Apresentação de um caso da variedade chamada maligna e atípica) — Prof. CARLOS LOWEY e Dr. CARLOS OLIVEIRA BASTOS .....	169
O Sanatório São Lucas em 1960 — Relatório do Laboratório de Análises Clínicas — Dr. SYLVIO BOOCK .....	171
Literatura Médica .....	172

Redação:



SANATÓRIO SÃO LUCAS

DIRETOR: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

Rua Piropitingui, 86 — Caixa Postal 1.574 — São Paulo, Brasil

# HORMÔNIOS NESPA

## LIO CORT

hemisuccinato de prednisolona. 25 mg. liofilizado.  
Tratamento do choque, insuficiência supra-renal aguda.

## LIO CORIAN

gonadotrofina coriônica. Frasco ampôla com 5.000 U. I.  
liofilizado + 150 U. de hialuronidase.  
Criptorquidia, abôrto habitual e outras indicações da  
gonadotrofina coriônica.

## LIO PREFISOL

extrato da hipófise anterior liofilizado.  
Frasco ampôla com 60 U. P.  
Mongolismo; asma bronquial infantil, distrofia adiposo  
genital.

## VITAVIRON 10 e 25 mg.

propionato de testosterona, vitamina E em veículo  
oleoso.



OPOTERÁPICA NESPA S.A.

Rua França Pinto, 616 a 626 — Telefone 7-9902 e 7-1804 — São Paulo

## O SR. TRABALHA TANTO QUE NÃO TEM TEMPO PARA GANHAR DINHEIRO?

Para o profissional de hoje, o trabalho cotidiano — o dia-a-dia do consultório, por exemplo — não precisa, necessariamente, constituir-se na sua única fonte de rendimentos.

O atual estágio do país, atravessando uma notável fase de desenvolvimento, cria condições para que bons lucros possam ser obtidos de fontes outras que o trabalho normal.

O rápido crescimento do parque industrial do Brasil, que faz com que uma grande quantidade de produtos seja lançada continuamente no mercado, torna cada vez mais premente a necessidade de capitais financiadores para que o público possa adquirir os bens de produção. E as Companhias de Investimento, reunindo pequenas quantias para formar grandes capitais de financiamento, além de contribuir para que um maior número de pessoas possa ser beneficiado com bens de consumo, oferecem, ainda, a possibilidade de substanciais rendimentos aos seus participantes.

Tradicionalmente ligada à tarefa de reunir pequenas economias para formar grandes capitais financiadores, a Cia. Sul Americana de Investimentos, Crédito e Financiamento orgulha-se de contribuir para o bem-estar de um grande número de brasileiros — ao mesmo tempo que oferece excelente fonte de rendimentos aos participantes de seus Fundos.



**CIA. SUL AMERICANA DE INVESTIMENTOS, CRÉDITO E FINANCIAMENTO**

Ligada ao Banco Francês e Brasileiro S. A.

Rua Barão de Itapetininga, 275 - 11.º



**Agora, também com B 12**  
**em ampolas e drágeas**

Esgotamentos físicos e psíquicos; stress de origem infecciosa, traumática, cirúrgica, ou por excesso de trabalho; psicose depressiva; hipoevolução psíquica e deficiências da personalidade; anemias perniciosas e perniciosiformes, secundárias às intervenções no aparelho gastrointestinal, à gravidez, à pelagra e ao espu.

AMPÓLAS de 2 cm<sup>3</sup>: de 1 a 3 ao dia, por via intramuscular ou endovenosa.

DRÁGEAS: de 1 a 4 ao dia.



**PRAVAZ - RECORDATI,**  
**LABORATÓRIOS S. A.**



# ANAIS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

*Director:* Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO

Rua Pirapitingui, 80 — Fone, 37-2515 — Caixa Postal, 1574 — São Paulo, Brasil

★

Assinat. por 1 ano Cr \$ 500,00 — Estrang. US \$ 7,50 — Número avulso Cr \$ 50,00

(Nos trabalhos publicados é respeitada a redacção dos autores)

VOL. LXXXI

MAIO DE 1961

N.º 5

## PRODUÇÃO MÉDICA DE SÃO PAULO

### Associação Paulista de Medicina

#### DEPARTAMENTO DE CIRURGIA

Sessão em 23 de setembro de 1960

Presidente: Dr. Palmiro Rocha

**Adenoma brônquico.** *Considerações sobre 19 casos.* Drs. Rubens M. Arruda, E. J. Zerbini, D. Bittencourt, M. L. Tavares Lima, Plínio M. Barreto & A. Freitas Netto. — São apresentados 19 casos de adenoma brônquico. Em 12 havia história prévia de supuração pulmonar. Em 13 casos, a idade dos doentes era menor do que 40 anos. Dos doentes, 12 eram do sexo feminino. Em 12 casos foi possível uma biopsia pela broncoscopia.

Os doentes foram tratados pela ressecção pulmonar; em 1 caso, porém,

o diagnóstico foi feito pela necropsia (paciente não operado). O exame da peça cirúrgica mostrou tratar-se de adenoma carcinóide em 12 casos; em 3 doentes tratava-se de cilindroma e, em 4, as duas formas se associavam. Em 2 casos foram encontrados indícios de malignidade.

O tempo de seguimento foi de mais de 10 anos em 1 caso, de 5 a 10 anos em 8 casos, de 1 a 5 anos em 8 casos; 1 doente faleceu no 2.º mês de pós-operatório em virtude de empiema. Um caso é de necropsia de um doente não operado.

Sessão em 29 de setembro de 1960

Presidente: Dr. Palmiro Rocha

**Tromboendarterectomia na arteriosclerose obliterante.** Drs. Helio M. Coelho, Plínio M. Garcia & Emil Burihan. — Os autores apresentam 8 pacientes submetidos à tromboendarterectomia, nas seguintes localizações: bifurcação da aorta (3), ilíaca externa (2), femoral comum (1), femoral superficial (2).

Houve um óbito por causa não esclarecida. Dos restantes 7 pacientes, 6 obtiveram bom resultado, com alívio dos sintomas.

Os autores concluem que a tromboendarterectomia é um método que produz resultados satisfatórios em casos selecionados. Indicam-na quando a obstrução é relativamente curta e em vasos de médio a grosso calibre.

## DEPARTAMENTO DE MEDICINA DO TRABALHO

Sessão em 26 de setembro de 1960

Presidente: *Dr. José Gonzaga F. Carvalho*

**Encontro com representantes médicos e administrativos, das companhias de seguros.** — Iniciando-se os debates, o primeiro assunto discutido foi o critério de encaminhamento de acidentados no trabalho ao seguro. Foi apresentada uma comunicação feita à Divisão de Medicina e Higiene do Trabalho do Instituto Brasileiro de Segurança, de autoria do Dr. Bernardo Bedrikow. Para discussão, foi apresentada a sugestão de se utilizar uma notificação do aviso de acidente mais completa do que as atualmente em uso, e das companhias de seguro instruírem funcionários das empresas sobre o preenchimento dos avisos de acidentes. Usaram da palavra a respeito vários dos presentes, chegando-se às seguintes conclusões principais: 1) uso de fichas tipo McBee para aviso de acidente; 2) treinamento de noções de enfermagem pela companhia de seguro dos supervisores nas próprias empresas; 3) doutrinação sobre o preenchimento de avisos por intermédio das Comissões Internas de Prevenção de Acidentes; 4) divulgação de resultados estatísticos aos médicos de empresas para orientação de campanhas preventivas; 5) orientação de pessoa ou pessoas responsáveis, onde não houver CIPA; 6) divulgação de normas escritas, preparadas pelo Departamento de Medicina do Trabalho da Associação Paulista de Medicina, a serem distribuídas pelas seguradoras às seguradas; 7) modificação das atuais notificações ou avisos de acidentes, se necessário, submetendo as alterações ao Serviço Atuarial do Ministério do Trabalho; para as doenças profissionais, deveria ser estudado se se necessita ou não de novo tipo de aviso ou notificação; 8) a necessidade de existir, nas companhias de seguro, um departamento de segurança ou de prevenção de acidentes para estudo das causas e recomendações de medidas preventivas.

Outro tema abordado foi o do fornecimento de material e pessoal pelas companhias de seguro às indústrias, para atendimentos de emergência. Ficou esclarecido que a companhia de seguro tem direito a conceder um desconto de 20% pela assistência médica prestada pela própria empresa; e que o fornecimento de material às indústrias é feito a título de colaboração, atendendo a pedido, sem haver para isso qualquer obrigatoriedade.

Finalmente, passou-se à discussão do encaminhamento de certos casos especiais.

No caso das hérnias, foi declarado que as companhias de seguro operam sistematicamente os casos de hérnias a elas encaminhados.

No caso de acidentes vasculares cerebrais, ficou esclarecido que o critério de considerar ou não um acidente de trabalho corre por conta do médico da companhia de seguro, tendo em vista os antecedentes do caso e as circunstâncias de ocorrência. A propósito, entretanto, foi dito em tese pelo Sr. Humberto Roncarali que os acidentes vasculares cerebrais, como doenças gerais que são, não são cobertos pelos riscos de acidentes nem podem ser incluídos nos cálculos de tarifas de acidentes.

Em relação a inúmeras doenças, tais como tuberculose, bronquite, asma, artrites, deficiências visuais, que são hoje em dia tantas vezes consideradas acidentes profissionais, foi travada ampla discussão, resultando as seguintes sugestões: 1) estudo de nova fórmula de notificação para doenças profissionais, a ser oportunamente proposta ao Serviço Atuarial do Ministério do Trabalho; 2) convocar os peritos (legista) que atuaram em casos de acidentes, para solicitar esclarecimentos sobre a maneira de considerar condições especiais ou excepcionais de trabalho; 3) limitar as doenças profissionais e as doenças das condições

# EXCERPTA MÉDICA

*Serviço internacional de resumo, em inglês  
sobre todos os ramos da medicina*

PUBLICAÇÕES MENSAIS:	US\$
I — Anatomia, Antropologia, Embriologia e Histologia ...	19.00
II — Fisiologia, Bioquímica e Farmacologia .....	37.00
III — Endocrinologia .....	13.00
IV — Microbiologia Médica, Imunologia e Sorologia .....	13.00
V — Patologia Geral e Anatomia Patológica .....	30.00
VI — Medicina Interna .....	30.00
VII — Pediatria .....	13.00
VIII — Neurologia e Psiquiatria .....	19.00
IX — Cirurgia .....	21.00
IX-B — Ortopedia e Traumatologia .....	8.00
X — Obstetrícia e Ginecologia .....	13.00
XI — Otorrinolaringologia .....	13.0.
XII — Oftalmologia .....	13.00
XIII — Dermatologia e Venereologia .....	19.00
XIV — Radiologia .....	13.00
XV — Doenças do Torax .....	16.00
XVI — Câncer .....	15.00
XVII — Saúde Pública, Medicina Social e Higiene .....	16.00
XVIII — Doenças Córdio-vasculares .....	15.00
XIX — Reabilitação .....	15.00
XX — Gerontologia e Geriatria	

## PUBLICAÇÕES TRIMESTRAIS (Resumos da Medicina Soviética):

### PARTE A:

<i>Ciências Médicas Básicas</i> .....	15.00
---------------------------------------	-------

### PARTE B:

<i>Clínica Médica</i> .....	15.00
<i>Assinatura mista (A e B)</i> .....	25.00

### PUBLICAÇÕES ISOLADAS:

<i>Sinónimos de Farmacologia e Química</i> .....	5.00
<i>Efeitos colaterais dos medicamentos</i> .....	5.00

*Roga-se enviar suas ordens para:*

Seu livreiro

EXCERPTA MEDICA FOUNDATION, 119-123 Herengracht, Amsterdam-C, The Netherlands (Holanda).

EXCERPTA MEDICA FOUNDATION, 2 East 103rd Street, New York 29, N. Y., U. S. A.

de trabalho a uma relação a ser apresentada ao Senado.

**Critério para o encaminhamento de acidentado no trabalho ao seguro.** Dr. Bernardo Bedrikow. — Ao estabelecer a necessidade de encaminhamento de operários acidentados no trabalho, aos ambulatórios das companhias de seguro, podemos admitir duas eventualidades: 1) Quando a lesão fôr suficientemente grave para justificar o encaminhamento imediato do acidentado. Exemplo: hemorragias, fraturas expostas, perda de consciência. Qualquer leigo reconhecerá imediatamente a urgência do caso e não hesitará em tomar as providências necessárias. 2) Quando as lesões puderem dar margem a dúvida sobre a necessidade de encaminhamento, e particularmente, quando só existirem manifestações subjetivas, como dor. Nesta eventualidade, três hipóteses poderão ocorrer: a) o acidentado é examinado no próprio local de trabalho por um médico, que decidirá sobre a necessidade ou não do encaminhamento; b) o acidentado não poderá ser examinado por médico dentro do prazo legal para encaminhamento ao seguro, mas existe na fábrica pessoa habilitada, legalmente, sob supervisão direta do médico e seguindo suas instruções escritas; tratando-se de um ferimento visível externamente, essa pessoa habilitada fará o curativo necessário e indicará a necessidade ou não de encaminhamento ao seguro; havendo só manifestações subjetivas, o operário será, em qualquer caso, encaminhado ao

seguro; c) não há nem médico nem pessoa legalmente habilitada para atender o paciente na própria empresa; neste caso, todo acidentado deverá ser encaminhado ao seguro.

Para melhor encaminhamento ao seguro sugerimos: 1) Preenchimento de folhas de ocorrência, mais completas do que as guias ou comunicações de acidentes atualmente em uso, contendo informações precisas sobre a natureza e sede da lesão, fatores materiais e pessoais da ocorrência e medidas preventivas tomadas. 2) Exame sistemático dessas folhas de ocorrência pelas companhias de seguros ou outras instituições que tenham pessoal especializado. Tal exame será particularmente rigoroso naquelas indústrias onde são freqüentes os encaminhamentos em que se suspeita de indenizofilia. 3) Treinamento do pessoal da indústria que habitualmente preenche tais folhas. 4) Após encaminhamento, pedir ao médico da companhia de seguro uma previsão sobre o número provável de dias de afastamento de cada acidentado. 5) Manter um sistema regular de informações sobre a evolução de cada acidentado. A companhia de seguros deverá, ao menos uma vez por semana, transmitir à indústria informações sobre os acidentados.

Casos que obrigam o encaminhamento imediato: perda de consciência, estado de choque, hemorragias, fraturas, queimaduras extensas, corpo estranho nos olhos, luxações, entorses, contusões, com redução de mobilidade, dor lombar, doença profissional.

## DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA

Sessão em 19 de setembro de 1960

Presidente: Dr. Raphael Giannella

**Histopatologia da reação intradérmica ao polissacarídeo do *Paracoccidioides brasiliensis*.** Drs. Thales de Brito, Açucena Raphael, Celeste Fava Netto & Sebastião A. P. Sampaio. — Foi feito um estudo histopatológico da reação intradérmica ao polissacarídeo extraído do *Paracoccidioides brasiliensis* em cobaios experimentalmen-

te infectados e em pacientes portadores de blastomicose sul-americana.

Os pacientes apresentaram, nos primeiros sete dias depois da injeção intradérmica do antígeno, processo inflamatório subagudo que evoluiu para a fase crônica. Após 10 a 15 dias principalmente ao redor de pequenos vasos sanguíneos e anexos da

Sòmente a alta potência de um corticosteróide não basta  
para ditar a sua escolha.

# metisone

(metil-fluorprednisolona)



além de ser o mais potente dentre os modernos  
corticosteróides, distingue-se por possuir:

Ação terapêutica uniforme e persistente;

Ausência notável de efeito hiperglicemi-  
ante e hipertensivo;

Não causa retenção sódica e hídrica;

Atividade imediata com frações de mg.

Comprimidos sulcados com 0.5 mg.



Laboratório Farmacêutico Internacional S. A.  
Rua Lisboa, 890-928 - São Paulo

pele. Ao lado destes, verificaram-se outros granulomas, do tipo corpo estranho, que se dispuseram principalmente abaixo do epitélio, surgindo como resposta ao colágeno alterado.

Os dados experimentais mostram, nos primeiros dois dias, inflamação aguda localizada profundamente no derma, junto do tecido gorduroso. O processo inflamatório agudo passa para crônico, tendendo a desaparecer após 7 dias. A formação de granuloma foi vista apenas uma vez.

Do presente estudo deduz-se que, embora o granuloma tenha origem complexa, a hipersensibilidade é um dos fatores condicionantes de seu desaparecimento.

**Hidratos de carbônio nas frações não dialisáveis da urina de pacientes com hiperparatireoidismo.** Drs. A. Borelli, M. O. Ribeiro Leite, I. Mariani & Antonio B. Ulhoa Cintra. — Os trabalhos de Engel e Engel e Catchpole, demonstrando em ratos o aumento de mucoproteínas sanguíneas e urinárias conseqüente à injeção de extrato de paratireóide, sugeriram a possibilidade de se estudar essas substâncias em casos de hiperparatireoidismo.

Com um método que permite a separação de frações não dialisáveis de urina, foram estudados 6 casos de hiperparatireoidismo com doença óssea avançada e achado operatório de adenoma da paratireóide.

Foram estudadas as seguintes frações: hidratos de carbônio não ligados às proteínas, hidratos de carbônio ligados às proteínas insolúveis em ácido perclórico a 6% e hidratos de carbônio ligados às proteínas solúveis em ácido perclórico a 6% (uromucóide).

Das frações estudadas somente os uromucóides se apresentam constantemente elevados no pré-operatório. No pós-operatório imediato houve queda de todas as frações; entretanto, a interpretação deste fato é difícil frente à conhecida diminuição de função renal no pós-operatório imediato de operações do porte da retirada de adenoma da paratireóide.

O pós-operatório tardio (um mês após a operação) não confirmou os

dados do pré-operatório, pois, apesar do sucesso da operação evidenciado pelo achado operatório e correção do quadro metabólico, os uromucóides não se alteraram uniformemente de acordo com os outros dados bioquímicos.

A avaliação dos pacientes um mês após a operação não revelou qualquer alteração de regressão dos valores anormalmente elevados dos uromucóides no pré-operatório.

Não foram realizados estudos para caracterizar a origem destas frações nestes pacientes.

**Alterações ovarianas experimentais: produção de cistos periovarianos em ratas adultas.** Drs. Walter Bloise, José Rossigalli & Abram Fajer. — Em 10 ratas adultas onde se colocou sílica sobre os ovários, os autores observaram, em relação aos 20 ovários, o aparecimento de grandes cistos hemorrágicos em 35%, de grandes cistos serosos em 30% e ausência de alterações macroscópicas em 35%.

Ao exame histológico ficou evidente a luteinização, que variou de intensidade nos diferentes ovários. Esses animais, quando comparados a controles, mostraram aumento das fases de repouso em relação às fases ativas do ciclo.

Os autores sugerem que a manipulação dos ovários e conseqüente formação dos cistos, levou a um desequilíbrio hipófiso-ovariano com provável hipertrofia pituitária, traduzida pelo aumento do peso dessa glândula, verificado nas ratas operadas.

**Ação in vitro de alguns antibióticos, isolados e associados.** Drs. Aderbal Cardoso da Cunha, José Gonçalves & Alda Yedda de Guarnieri. — Antes de efetuarmos as experiências, procuramos verificar a reprodutibilidade da ação inibitória dos discos por nós preparados. Para isso separamos 17 amostras bacterianas diferentes, fazendo a experiência em duplicata, no mesmo dia, em placas diferentes, usando a mesma técnica.

Os resultados foram os seguintes: concordância absoluta dos diâmetros da área de inibição medida em centímetros, em 36,4% das amostras; diferença de 0,1 cm, em 20,0%; dife-

# Squibb apresenta Alticina

alfa Fenoxietil-penicilina Potássica Squibb

uma penicilina nova, quimicamente aperfeiçoada que, dentre todos os preparados orais de penicilina, proporciona os níveis sanguíneos mais elevados



A Squibb, pioneira e líder em penicilinoterapia por mais de uma década, tem a satisfação de apresentar, para uso clínico, Alticina, uma penicilina oral quimicamente aperfeiçoada. Com Alticina torna-se possível e conveniente ao médico alcançar e manter níveis sanguíneos mais elevados — com maior rapidez — do que aqueles produzidos por doses terapêuticas semelhantes de penicilina V potássica. De fato, Alticina, devido à sua extrema solubilidade, produz níveis sanguíneos máximos, duas vezes mais elevados do que os obtidos com a penicilina V Potássica. Igualmente notável é sua acentuada resistência à decomposição ácida (Alticina é estável a 37° C, pH2 a pH3), o que torna conveniente o tratamento oral. (A economia proporcionada a seus pacientes é de especial interesse — Alticina não custa mais do que os preparados análogos de penicilina V.)

**DOSE:** Doses de 125 mg (200.000 u.) e de 250 mg (400.000 u.), três vezes por dia dependendo da gravidade da infecção. As precauções usuais devem ser cuidadosamente observadas com Alticina, da mesma forma que com todas as penicilinas.

**APRESENTAÇÃO:** Alticina comprimidos — Comprimidos de 125 ou 250 mg (200.000 ou 400.000 unidades, respectivamente) de fenoxietil-penicilina Potássica.

Ambas as potências em frascos com 12. Para uso pediátrico, Alticina Po para solução — Quando reconstituída com 35 cm<sup>3</sup> de água, proporciona uma suspensão com delicioso sabor de cereja e hortelã; cada 5 cm<sup>3</sup> (uma colher das de chá), contém 125 mg (200.000 u.) de fenoxietil-penicilina Potássica. Frascos com 60 cm<sup>3</sup>. (Nota: Após a reconstituição, é estável durante duas semanas, sob refrigeração.)

• Kradsen, E. T. • Rolinson, G. H.: *Lancet* 2:1105 (19 de Dezembro) 1959



**SQUIBB** — símbolo de qualidade

"ALTICINA É MARCA REGISTRADA SQUIBB"

rença de 0,2 cm, em 21,2%; diferença de 0,3 cm, em 13,0%.

**Conclusões:** Em 90,6% a variação máxima em relação à medida foi de 0,3 cm; não foram encontradas variações acima de 0,6 cm.

Os antibióticos ensaios foram: C, K, N, O e T.

As bactérias usadas foram: coliformes (50), *Proteus* (50), *Pseudomonas* (50), *Shigella-Salmonella* (20), *Micrococcus* (50) e *Streptococcus* (20), num total de 215 amostras.

Todas as sementeiras e distribuições dos discos (parte técnica) foram feitas pela mesma pessoa. As leituras foram feitas em centímetros, para medida dos diâmetros de inibição, convencionando-se como: A.S. os diâmetros acima de 3,0 cm; S. os de 2,0 a 2,9 cm; D.S. os de 1,5 a 1,9 cm; R. abaixo de 1,4 cm.

Examinando a ação dos antibióticos sobre o grupo e os gêneros bacterianos estudados, observamos:

**Grupo coliforme** — a) Na zona de A.S. o antibiótico de melhor ação inibitória foi o C, com 38%, vindo a seguir a O, com 16%. b) considerando-se em conjunto as duas zonas de maior sensibilidade (A.S. + S., isto é, diâmetros acima de 2,0 cm) a K foi o que deu melhor ação inibitória com 86%, vindo a seguir o C, com 54%. c) O antibiótico menos sensível foi o N, com 0% na zona de A.S. e 34% na conjunta.

**Grupo *Proteus*** — a) Na zona de A.S. couberam ao C, com 26%, seguido de K, com 16%, as melhores ações. b) Na zona conjunta destaca-se a K, com 90%, seguida do C, com 64%. c) Os menos ativos foram, na zona A.S., o N, com 4%, e na zona conjunta, a T, com 20%.

**Gênero *Pseudomonas*** — a) Na zona da A.S. predominou o C, com apenas 12%, seguido da K e O, com 8% cada. b) Nas zonas conjuntas o mais eficiente foi o C, com 60%, seguido da O, com 40%. c) O antibiótico menos ativo foi o N, com 0% em A.S. e apenas 12% nas zonas conjuntas.

**Gênero *Shigella-Salmonella*** — a) Na zona de A.S. o C, com 5%, seguido da O, com 20%. b) Nas zonas con-

juntas, a K, com 95%, seguida do C, com 90%. c) O menos ativo foi o N, com 0% em A.S. e 15% na zona conjunta.

**Gênero *Micrococcus*** — a) Na zona de A.S., o N, com 92%, seguido do C e K, ambos com 82%. b) Nas zonas conjuntas o N e a K, com 100%. c) O menos eficiente foi na A.S. a O, com 56% e nas zonas conjuntas a T, com 86%.

**Gênero *Streptococcus*** — a) Na zona de A.S. o C, com 80%, seguido do N, com 65%. b) Nas zonas conjuntas, o C e o N, com 65%. b) Nas zonas conjuntas, o C e o N, com 100%. c) O menos ativo foi em A.S. a K, com 10% e na conjunta a mesma com 55%.

Em resumo: 1) Sobre os bacilos gram-negativos, com exceção do gênero *Pseudomonas*, os antibióticos de melhor ação foram K e C. 2) Sobre o gênero *Pseudomonas*, os antibióticos que agiram melhor foram C e O. 3) Sobre o gênero *Micrococcus* os melhores foram N e K. 4) Sobre o gênero *Streptococcus* os melhores foram C e N.

Os antibióticos foram ensaiados nas seguintes combinações: CK, CN, CO, CT, KN, KO, KT, NO, NT, TO, sendo embebido cada disco com 50 mcg de cada antibiótico.

Relacionando os diâmetros obtidos nas associações e isoladamente, observamos três eventualidades (sempre considerando sem valor as variações até 3 mm): a — *Refôrço* (aumento do diâmetro do antibiótico associado, em relação ao maior diâmetro do antibiótico isolado); b — *Inibição* (diminuição do diâmetro da associação em relação a maior diâmetro dos antibióticos isolados); c) — *Indiferença* (variações até 3 mm em relação ao maior isoladamente).

A ação das associações dos antibióticos sobre as bactérias analisadas foi a seguinte:

**Grupo coliforme** — a) O máximo de refôrço foi observado com CT, com 32%, seguido de CN e KO, ambos com 26%. b) O máximo de inibição foi observado com NO, com 54%, seguido de TO, com 38%, e NT, com 34%.

# CASTANHA DA ÍNDIA VITAMINADA

VARIZES  
HEMORRÓIDES  
SEQÜELAS DE FLEBITES  
ÚLCERA, EDEMA E  
PÚRPURA VARICOSAS  
DISTÚRBIOS CIRCULATÓRIOS  
DA MENOPAUSA

com  
Vitaminas

**C e P**

**Agem:** simultâneamente sôbre os sistemas venoso e capilar.

**Corrigem:** as alterações do colagênio que liga as células das paredes vasculares; a fragilidade e as alterações da permeabilidade dos capilares.

**Dose média** - 10 a 20 gotas 2 a 3 vêzes por dia nas afecções venosas crônicas.

**Dose forte** - Nas crises hemorroidárias agudas 100 a 500 gotas (50 gotas 2 a 10 vêzes ao dia).



LABORATÓRIOS ENILA S. A - FONE: 32-0770 - RUA RIACHUELO, 242 - RIO

Filial: Rua Marquês de Itú, 202 - Fones: 37-1508 e 37-1509 - São Paulo

*Gênero Proteus* — a) O máximo de reforço coube a NC, com 32%, seguido de CT e KN, ambos com 24%. b) O máximo de inibição coube a NO, com 76%, seguido de NT, com 48%.

*Gênero Pseudomonas* — a) O máximo de reforço observou-se em igualdade de condições para CN e NT, com 28%. b) O máximo de inibição foi para o NO, com 56%, seguido de TO, com 48%.

*Gêneros Shigella-Salmonella* — a) O máximo de reforço foi obtido com CT, em 25%. b) O máximo de inibição observou-se com TO, com 30%, seguido de NO, com 25%.

*Gênero Micrococcus* — a) O máximo de reforço coube a CT, com 20%. b) O máximo de inibição coube a NO e NT, ambos com 60%.

*Gênero Streptococcus* — a) O máximo de reforço coube a KT, com 40%, seguido de CN, com 35%. b) O máximo de inibição observou-se

com CO, com 50%, seguido de TO, com 45%.

Em resumo: 1) As melhores associações foram CT, CN, KN e CK. 2) As piores associações foram NO, NT, TO, CO, KO e CK. 3) Não houve inibição em caso algum com a associação CT nos gêneros *Shigella-Salmonella*. 4) Não houve nenhum caso de reforço nos gêneros *Shigella-Salmonella* com as associações CO, CK e TO. 5) Em todas as associações encontramos ao mesmo tempo casos de reforço e de inibição, às vezes com predomínio acentuado de um deles. 6) Todas as conclusões tiradas referem-se exclusivamente à ação in vitro dos antibióticos, usados em discos, sem a pretensão de conclusões de ordem clínica. 7) Achamos que as associações feitas em discos com a finalidade de orientação clínica para uso de antibióticos específicos, trazem indicações errôneas, como acontece com as associações NO, NT, TO, CO, KO e CK.

## CENTRO MÉDICO DE RIBEIRÃO PRÊTO

Reunião de 7 de junho de 1960

Presidente: Dr. Manoel Santos Gabarra

**Complicações e correções cirúrgicas do uso do estômago retrosternal.** Dr. L. H. Câmara Lopes. — O autor relata seu primeiro caso de correção cirúrgica de uma estenose infranqueável do estômago colocado por trás do esterno como ponte, após a retirada operatória do esôfago doente.

Tratava-se de doente com 59 anos de idade, portador de disfagia há 40 anos e 20 anos de queimação retrosternal e regurgitação, que havia sido submetido nos últimos anos aos seguintes tratamentos: dilatações sucessivas auxiliadas por gastrostomia prévia, operação de Heller, e, finalmente, no Rio de Janeiro, a uma esofagogastrostomia justapilórica por via abdominal.

Num primeiro tempo foi feita esofagectomia pela técnica do autor. Foi encontrada grande úlcera no terço inferior do órgão, além de três divertículos pequenos. O doente ficou

cérca de um mês com esofagóstoma cervical direita e gastróstoma para alimentação. A reconstrução também correu dentro dos moldes programados, apesar de ser de difícil execução técnica e o estômago aparentar circulação deficiente. No pós-operatório houve aparecimento de fistula cervical complicada por uma loja intratorácica direita que evoluiu para uma comunicação com a cavidade gástrica. Com a drenagem desta loja tudo regrediu, mas de algum tempo o estômago apresentou estenose que chegou a ser total.

O processo utilizado pelo autor constou do seguinte: esternotomia ao longo do osso. Encontro de estenose de cérca de 8 cm, indo da linha de anastomose esofagagástrica até ao nível do 3.º arco costal, anteriormente. Constatada a impossibilidade de libertação do estômago para ser deslocado cranialmente e suturado ao

# FLAGIL

## 8823 RP

(Hidróxi - 2' etil) - 1 metil - 2 nitro - 5 imidazol

### TRICOMONICIDA

Progresso decisivo  
tanto para o tra-  
tamento geral co-  
mo para o trata-  
mento local das  
tricomoníases.

★

Vaginites e uretri-  
tes por *Trichomo-  
nas vaginalis*.

### FLAGIL ORAL

Frasco de 20 comprimi-  
dos a 250 mg

### FLAGIL GINECOLÓGICO

Frasco de 10 óvulos a  
500 mg



*A marca de confiança*

## RHODIA

Caixa Postal 8095 - São Paulo, SP

esôfago, foi mobilizada do abdome uma alça jejunal proximal com um pedículo vascular longo e intercalada entre os dois órgãos.

Depois de um pós-operatório trabalhoso e que inspirou cuidados, o doente teve alta hospitalar no 17.<sup>o</sup> dia, alimentando-se normalmente, sem disfagia, pesando mais que nos últimos 20 anos.

A exposição do trabalho foi completada com diapositivos das peças, de radiografias e da operação, documentando toda a evolução do caso.

**Tratamento cirúrgico da trigeminalgia essencial.** *Resultados imediatos e tardios.* Dr. Sylvio de Vergueiro Forjaz. — Para o tratamento cirúrgico da trigeminalgia essencial, Frazier e Spilles idearam, em 1921, a operação conhecida com o nome de neurotomia retrogasseriana, que, progressivamente aperfeiçoada, é ainda usada em nossos dias, com resultados bons e permanentes. Comporta, porém, inconvenientes sérios: deixa seqüelas subjetivas (formigamentos) e objetivas (hipoestesia) na face e, se a secção das vias trigeminiais se estende às fibrilas tributárias da região oftálmica, há risco de desenvolvimento de lesões ulcerativas na córnea (ceratite neuroparalítica).

Para obviar estes inconvenientes, outras operações foram propostas: tractomia bulbar (Sjöqvist), tractomia peduncular (Walker), descompressões do óstio posterior do cavo de Meckel (Taarnhoj), descompressões dos buracos grande oval e grande redondo (Shelden). Infelizmente, no cômputo final, nenhuma delas parece melhor que a operação de Frazier, algumas porque comportam recidiva em alta percentagem (operações descompressivas), outras porque apresentam grande risco operatório.

Recentemente, King e col. e Crue e col. realizaram uma série de observações, procurando reproduzir experimentalmente a trigeminalgia em animais. De suas conclusões pode-se inferir que a moléstia é resultante de alterações orgânicas e funcionais dos núcleos sensitivos dos nervos cranianos e raquidianos altos. Tais alterações surgem em casos de "bom-

bardeio" sensitivo de intensidade e duração anômalas, originado em processos patológicos periféricos de variada natureza.

O nervo trigêmeo, sendo o de maior representação sensitiva topográfica da cabeça, é naturalmente sede mais freqüente dessa sintomatologia neurálgica. A cura da moléstia em nossos dias só pode ser feita mediante a supressão de parte ou de todos os influxos sensitivos que bombardeiam constantemente os núcleos centrais.

Em nossa experiência, a secção de parte das vias trigeminiais (2/3 inferiores do plexo triangular), atrás do gânglio de Gasser, com preservação portanto do território oftálmico, é suficiente para a cura definitiva da moléstia e quicá de outras neuralgias da extremidade cérvico-cefálica.

Em apoio desta afirmação apresentamos os resultados imediatos e tardios de 26 doentes operados no Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto entre 1956 e 1960.

**A antissepsia intestinal pela kanamicina e pela neomicina.** *Estudo comparativo.* Drs. C. T. M. de Escobar, C. F. Carril, O. Baracchini, R. Ferreira-Santos, A. Costa, F. H. Pinto & O. C. Lopes. — Os autores estudam a ação de doses ponderalmente idênticas de neomicina e kanamicina, administradas por via oral, sobre a flora intestinal de dois grupos respectivos de 10 pessoas não portadoras de enterocolopatias.

A posologia para ambas as drogas foi de 1 g cada hora durante as 4 primeiras horas e a seguir 1 g cada 4 horas por 48 horas. Amostras de fezes colhidas com técnica estéril, antes e 24 e 48 horas depois da dose inicial, foram estudadas quanto à riqueza bacteriana, avaliada pelo método das diluições sucessivas.

As drogas em apreço, nas doses empregadas, mostraram leve efeito laxativo, com exceção de 1 caso (kanamicina) que teve diarreia persistente por mais de uma semana.

Tanto a neomicina como a kanamicina exibiram acentuado efeito redutor sobre a microflora aeróbia, não sendo constante a ação sobre o contingente anaeróbio.

Os autores, com pequena casuística analisada não julgam lícito concluir em definitivo qual dos agentes é o melhor antisséptico intestinal.

**Onfalocele.** Drs. Manoel Santos Gabarra & Osvaldo Munhoz. — Os autores descrevem a embriologia, etiopatogenia, sintomatologia e tratamento da onfalocele, mostrando, de acordo com os trabalhos clássicos, que o único meio de salvar a criança é a cirurgia imediata, quer em um ou dois tempos. Mostram as complicações mais frequentes e suas correções. A seguir, relatam um caso de criança masculina, nascida a termo, com 3,5 kg, macroglossia, hérnia inguinal bilateral e uma grande onfalocele que

abrangia todo o abdome. Na impossibilidade de cobrir a grande área da hérnia do cordão com a pele da criança, foi feito enxerto de pele retirada da coxa da mãe com um dermatomo elétrico; este enxerto manteve a proteção das vísceras abdominais até que a cavidade crescesse a ponto de conter as mesmas vísceras. Em 45 dias o enxerto, que foi necrosando aos poucos, estava completamente substituído pela pele da criança, sem o menor abaulamento do ventre. Durante todo esse tempo o abdome permaneceu com curativos de gaze furacinada e com faixa de crepe, que eram trocadas semanalmente.

A criança está completamente recuperada.

### Reunião de 14 de junho de 1960

Presidente: Dr. Miguel Santos Gabarra

**Curvas glicêmicas anormais observadas em portadores da moléstia de Chagas.** Drs. Luiz Carlos F. Reis, Clovis Bühler Vieira & Hélio L. de Oliveira. — Curvas glicêmicas obtidas após administração oral de glicose e, em alguns casos, após glicose intravenosa ou adrenalina sub cutânea, foram estudadas em casos da forma crônica da doença de Chagas.

Nas curvas de tolerância à glicose (oral) a hiperglicemia provocada foi anormalmente alta, com acme precoce; a fase descendente se inicia em tempo normal, os níveis glicêmicos de jejum se atingem com certo atraso, mas valores abaixo dos iniciais se verificam entre as 3.<sup>a</sup> e 4.<sup>a</sup> horas.

Tais características não se distinguem nitidamente das observadas em casos de diabetes leve; nestes, porém, a fase descendente da curva geralmente se afasta mais do normal. Em gastrectomizados há curvas semelhantes à descrita, em suas fases precoces; nesses casos, entretanto, a fase descendente se desenvolve rapidamente. Não parece haver distinção nítida entre a curva em estudo e a curva "pseudo-diabética" que se pode produzir em hipertireoidismo; em um caso destes, contudo, verificamos que a hiperglicemia provocada pela adrenalina é nitidamente inferior à que, em idên-

ticas prova, tem sido observada em chagásico.

Estamos apresentando dados preliminares e não dispomos ainda de dados obtidos em provas planejadas para testar hipóteses interpretativas. Nosso interesse se encontra em definir aspectos metabólicos que eventualmente contribuam para o esclarecimento da complexa fisiopatologia da doença de Chagas.

**Lesões pulmonares associadas a glomerulonefrite aguda ou subaguda: aspectos clínicos e mecanismo patogênico.** Drs. Helio L. de Oliveira & José Augusto Laus Filho. — Não é justificável reunir sob a mesma denominação ("pneumonia urêmica" ou semelhante) todas as afecções pulmonares associadas a doenças renais. A pneumopatia que se associa à glomerulonefrite aguda ou subaguda apresenta quadro clínico suficientemente definido e aspecto anatomo-patológico que a individualizam e permitem destacá-la das formas de comprometimento pulmonar conhecidas nos portadores de nefropatias crônicas de vários tipos. Ela se caracteriza por dispnéia e hemoptises, por vezes se prolongando por semanas ou meses, e podendo se acompanhar de anemia acentuada; na forma mais aguda, que pode acompanhar a fase

aguda da glomerulonefrite ou surgir em sua evolução subaguda, a pneumopatia ocasiona um quadro indistinguível clinicamente do de edema pulmonar agudo. A concomitância dessa pneumopatia com as fases ativas da glomerulonefrite comprovada na patologia humana, e a produção experimental de idêntica doença pulmonar por meio de soros nefrotóxicos, sugerem que a doença pulmonar não é secundária à renal mas que ambos os órgãos são suscetíveis aos efeitos do mesmo mecanismo patogênico.

**Ressecção pulmonar por tuberculose.** Dr. José Galati Junior. — O autor apresenta sua experiência pessoal nas ressecções por tuberculose, focalizando as diferentes técnicas descritas para sutura brônquica. Justifica a adoção da técnica de infundibilização, descrita por Ramirez Gama, em relação ao particular interesse da mesma quando se trata de processo específico, já que, sendo peribronquica, não perfura mucosa, distanciando-se assim da sede do processo específico. Apresenta filme ilustrando o exposto.

### Reunião de 21 de junho de 1960

Presidente: Dr. Miguel Santos Gabarra

**Síndrome de Guillain-Barré.** Manifestações neurológicas em 30 casos sucessivos. Drs. Jorge Armbrust-Figueiredo, Edymar Jardim, Rubens de Moura Ribeiro & Mário L. Martinez. — O estudo de 30 pacientes com síndrome de Guillain-Barré, observados sucessivamente, mostrou maior incidência entre os pacientes do sexo masculino (73,3%) e nos pacientes com idades variando entre 11 e 30 anos (63,3%). A análise dos sinais neurológicos revelou comprometimento da motricidade em 100% dos casos; da sensibilidade subjetiva em 73,3%; e da sensibilidade objetiva em 60%; os reflexos profundos apresentaram-se diminuídos ou abolidos em 100% e os reflexos superficiais mostraram alterações em 40%; hipotonia muscular foi verificada em 93,3% e alterações da coordenação em apenas 10%; perturbações esfintéricas e sinais meníngeos foram encontrados em 56,7%; comprometimento de nervos cranianos apareceu em 50%, sendo que o nervo facial foi atingido em 36,6%.

Os valores das taxas de proteínas totais no exame do líquido cefalorraquiano mostraram limites variando entre 46 e 212 mg/100 ml, sendo que 21 pacientes (70%) apresentaram, valores entre 46 e 100 mg/100 ml.

Em nosso material a síndrome de Guillain-Barré caracterizou-se pelo predomínio das alterações motoras sobre as perturbações sensitivas.

**Obstrução cisticercótica do aqueduto de Sylvius.** Síndrome de Parinaud. Drs. Sylvio de Vergueiro Forjaz & Mário Martinez. — A incidência da cisticercose cerebral, entre os consultantes orientados para o Ambulatório de Neurologia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, é muito alta. Trata-se de moléstia que, pela gravidade de seus sintomas, pela facilidade da infestação, pela precariedade dos recursos terapêuticos, representa um problema individual e social grave nesta região.

Muitos aspectos da moléstia foram já resolvidos pela tenacidade e observação de autores brasileiros: aspectos diagnósticos (clínico, radiológico e laboratorial), aspectos anátomo-patológico e terapêutico (medicamentoso e cirúrgicos). Certas feições clínicas da moléstia, porém, têm segredos ainda não devassados. Algumas tentativas já foram feitas para correlacionar síndromes neurológicas e localizações parasitárias (P. P. Pupo e A. M. Pimenta, Arq. Neuro-Psiquiat., 7:274, 1949).

É nosso objetivo, neste trabalho, oferecer uma contribuição nesse sentido, baseados em dois casos por nós atendidos em 1958.

Trata-se de duas pacientes com coxixa de hipertensão intracraniana associada a distúrbios visuais caracterizados pela perda da capacidade de elevar os globos oculares. A história

# Restituição em vez de substituição

No diabetes senil certas sulfoniluréias permitem hoje uma larga restituição fisiológica:

- Conservação e estímulo da função residual das células pancreáticas B
- Ativação da síntese insulínica endógena
- Restabelecimento das regulações normais

**RASTINON<sup>®</sup>**  
**>HOECHST<**

o antidiabético padrão por via oral, que conjuga de forma incomparável, intensidade do efeito e tolerância, representa assim o específico de escolha para a terapêutica de todos os doentes incompensáveis pela dieta, nos quais está principalmente bloqueada a segregação normal da insulina endógena: nestes casos, permite uma terapêutica antidiabética pela insulina própria do organismo.



FARBWERKE HOECHST AG

*versand: Meister, Lorenz & Baumg.*

FRANKFURT (M) - HOECHST

(Alemanha)

Representantes

HOECHST DO BRASIL Química e Farmacêutica S.A. - São Paulo C. P. 6280

® Marca registrada

em ambos os casos era de sofrimento paroxístico intermitente. Ao exame objetivo, além dos sinais de hipertensão intracraniana, verificamos em ambas a paralisia da verticalidade do olhar, com alterações pupilares e num dos casos com abolição do reflexo fotomotor. Apuramos, além disso, nas duas pacientes, moderada instabilidade do equilíbrio em posição ereta.

Os exames subsidiários reforçaram a suspeita clínica de cisticercose cerebral pelo encontro de imagem calcificada típica, na radiografia simples do crânio num dos casos, e pela presença de eosinófilos ao exame do líquido cefalorraquideo, em outro. Os exames radiográficos contrastados (ar) esclareceram a presença, em ambos os casos, de processo obstrutivo na porção mais alta do aqueduto de Sylvius.

O ato cirúrgico (exploração do IV ventrículo e aqueduto) confirmou a

suspeita diagnóstica, pelo encontro de restos necróticos num dos casos, e membrana e aderências inflamatórias em outro, ambos achados imputáveis anátomo-patologicamente como de origem cisticercótica. O pós-operatório foi muito bem sucedido, tendo as duas pacientes se recuperado totalmente de seus sintomas mórbidos.

Revendo a literatura a esse respeito, verificamos que a citação da síndrome de Parinaud em casos de cisticercose cerebral não constitui novidade: notadamente J. L. Assis e col. (Arq. Neuro-Psiquiat., 13:44, 1955 e W. Brotto (Arq. Neuro-Psiquiat., 3:258, 1957), referindo seus casos, mencionam estes sintomas. Não correlacionaram, entretanto, o aspecto síndrômico à localização no aqueduto, cujas estruturas vizinhas são sede freqüente de outras patologias (pinealomas, cistos colóides) que provocam também o aparecimento dos sinais que formam a síndrome de Parinaud.

### Reunião de 9 de agosto de 1960

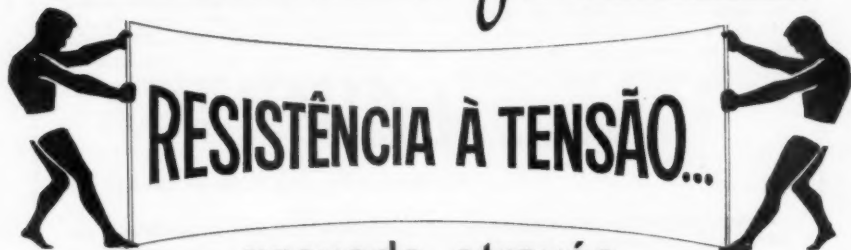
Presidente: Dr. Miguel Santos Gabarra

**Brucelose: dados clínicos e terapêutica.** Dr. Adhemar M. Fiorillo. — O autor apresentou os achados clínicos e a terapêutica de 8 casos de brucelose, da região de Ribeirão Preto. Todos os pacientes, por ocasião do exame clínico, encontravam-se em tempo de evolução de 3 a 12 meses, portanto, em fase subaguda da doença, pelo critério de W. Spink. A idade variou de 21 a 51 anos, sendo 5 pacientes do sexo masculino e 3 do feminino, e todos de cor branca. Embora todos acusassem febre, durante a evolução da doença, por períodos variáveis, apenas 3 deles estavam em fase febril por ocasião do exame clínico. Quanto à freqüência dos sintomas, 7 queixavam-se de astenia; 5 de cefaléia; 4 de dores osteomusculares; 4 de emagrecimento; 3 de sudorese; 3 apresentavam tosse com ou sem expectoração escassa; 2 tinham dores abdominais, acompanhadas ou não de diarreia; 2 com adenopatia; 3 com nervosismo; 1 com tremores; um deles teve orquite uni-

lateral como primeira manifestação da doença. Quanto à freqüência de sinais, houve esplenomegalia em 3, hepatomegalia em 3 e adenopatia em 2. Em nenhum caso foi conseguido isolamento da brucela, por repetidas hemoculturas em meios convenientes. Os títulos da soro-aglutinação foram de 1/320 em 3 pacientes: 1/640 em 1; 1/5120 em 1; 1/560 em 1; 1/320 e 1/160 nos 2 outros. O exame radiológico ou radioscópico do tórax nada revelou de anormal. Nenhum paciente apresentou icterícia e as bilirrubinas do soro estiveram em níveis normais. As reações de Hanger e formol-gel foram positivas nos pacientes com teor elevado de globulinas  $\gamma$ , revelado pela electroforese do soro. O fracionamento electroforético, realizado em 6 casos, mostrou queda do teor da albumina em 5, elevação da globulina  $\alpha_2$  em 4, e das globulinas  $\gamma$  em 4.

Todos os pacientes foram submetidos à terapêutica pela associação de tetraciclina por via oral e estrepto-

# ESPARADRAPO *Johnson*



**provada através  
dos testes mais rigorosos!**

Tôdas as propriedades do Esparadrapo Johnson são rigorosamente testadas em laboratório. Na prova do tensímetro, a sua resistência é submetida a uma tensão muito superior a qualquer uma a ser suportada no uso prático. Sòmente depois de vários testes como êsse, o esparadrapo passa a merecer a marca Johnson.

**IMPERMEABILIDADE TOTAL**

**FLEXIBILIDADE MÁXIMA**

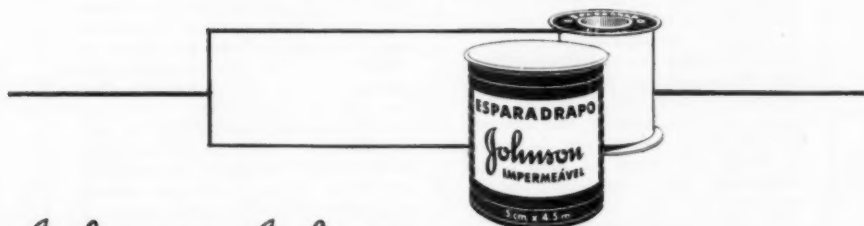
**ACOMPANHA AS MENORES DOBRAS DA PELE**

**FÁCIL DE RASGAR. NÃO DESFIA**

**FÁCIL DE DESENROLAR**

**ADERÊNCIA FIRME E CONTROLADA**

**NÃO CAUSA IRRITAÇÕES**



*Johnson & Johnson* O NOME QUE GARANTE QUALIDADE!

micina por via intramuscular, nas doses de 2 g diárias para a primeira e 1 g para a segunda. A duração do tratamento variou de 10 a 15 dias, em uma ou duas séries, na dependência da sintomatologia de cada paciente. Na maioria das vezes a sintomatologia regrediu em 1 ou 2 meses

após a terapêutica, ao mesmo tempo que caiu de modo significativo o título das soro-aglutininas. Até o momento da apresentação destes dados, não foram observadas recidivas clínicas ou sorológicas nos pacientes estudados. Não houve complicações com o uso desses antibióticos.

### Reunião de 16 de setembro de 1960

Presidente: *Dr. Miguel Santos Gabarra*

**Formas obstrutivas da cisticercose ventricular.** Drs. Sylvio de Figueiredo Forjaz & Mário Martínez. — A incidência da cisticercose cerebral entre os consulentes orientados para o Ambulatório de Neurologia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, é muito alta. Trata-se de moléstia que, pela gravidade de seus sintomas, pela facilidade de infestação, pela precariedade dos recursos terapêuticos, representa problemas individual e social grave nesta região.

Muitos aspectos da moléstia foram já resolvidos pela tenacidade e observação de autores brasileiros: aspectos diagnósticos (clínico, radiológico e laboratorial), aspectos anátomo-patológico e terapêuticos (medicamentosos e cirúrgicos). Certas feições clínicas da moléstia, porém, têm segredos ainda não devassados.

É nosso objetivo, neste trabalho, oferecer uma contribuição nesse sentido, baseados em casos por nós atendidos.

Trata-se de 4 pacientes com queixa de hipertensão intracraniana periódica e com achados líquóricos e radiológicos compatíveis com a suspeita de cisticercose cerebral. Após exames subsidiários neurocirúrgicos (pneumoencefalografia ou ventriculografia), dois destes pacientes revelaram sofrer bloqueio do aqueduto de Sylvius (casos 3 e 4) e outros dois, exclusão de um ventrículo lateral por bloqueio do buraco de Monro (1 caso) e da confluência dos cornos temporal e occipital (caso 2).

Tratados cirurgicamente, conseguimos desfazer o bloqueio deliberadamente em 3 casos (2, 3 e 4) e, segundo tudo leva a crer, inadvertidamente em um caso (1).

Excluindo o caso 2, que faleceu em caquexia 3 meses após a operação, e cuja necropsopia revelou lesões progressas imputáveis apenas à hipertensão aguda, mas cura das lesões cisticercóticas, todos os outros casos evoluíram para a cura.

Procuramos associar a síndrome de Parinaud à obstrução por cisticercose da parte alta do aqueduto, e a síndrome hemiparética com tremores contralaterais, à hidrocefalia aguda por obstrução de um dos buracos de Monro.

**Complicações neurológicas da vacinação anti-rábica.** Drs. J. Armbrust-Figueiredo & Michel P. Lison. — Os autores apresentam em primeiro lugar um estudo analítico da literatura especializada sobre o assunto. Trata-se de entidade rara. Em 1958, E. Jones resumiu, em 18 relatórios anátomo-clínicos bem descritos, a bagagem atual de que dispomos para a interpretação morfológica das complicações neurológicas da vacinação anti-rábica.

Apresentando um caso pessoal que veio a falecer, os autores encontraram aspectos clínicos e anátomo-patológicos inusitados, quando analisados em conjunto à luz dos conhecimentos prévios que se têm a respeito desse tipo de leucoencefalite.

A pouca idade do paciente, a possibilidade de provável sensibilização, a intensidade das lesões, sua extensão em altura dentro do sistema nervoso central, o predomínio dessas lesões ao nível da substância cinzenta, as lesões localizadas de células nervosas aparentemente independentes de processo inflamatório ou vascular, são alguns dos aspectos discutidos.

*intervenção energética, bem tolerada,  
no metabolismo protéico*

graças às novas formas de

**ADERMINA**

**ROCHE**

300 mg      vitamina  
comprimidos      B<sub>6</sub>  
laqueados  
ampôlas

*algumas indicações exigindo doses elevadas de vitaminas B<sub>6</sub>*

parkinsonismo pós-encefálico .....	{ até
paralisia agitante .....	{ 600-1400 mg
coréia menor — convulsões .....	{ por dia
tremor idiopático .....	{ 250 mg, uma
tremor senil .....	{ ou mais vezes
	{ por dia
etilismo agudo .....	{ até 1 g
delirium tremens .....	{ por dia
neurite óptica por .....	{ 500 mg
alcoolismo e tabagismo .....	{ por dia
vômitos da gravidez .....	{ até
vômitos pós-anestésicos .....	{ 800 mg
doença dos raios .....	{ por dia
distúrbios devidos aos raios X	{ até
e radioterapia .....	{ 1 g
	{ por dia
complicações neurológicas	{ 300 mg
da coqueluche .....	{ por dia

*apresentação das novas formas*

comprimidos laqueados a 300 mg em vidro de 10  
ampolas de 2 cm<sup>3</sup> a 300 mg — em caixa de 3



**PRODUTOS ROCHE, QUÍMICOS E FARMACÊUTICOS S. A.**

Rua Moraes e Silva, 30

Rio de Janeiro

Baseando-se nos achados pessoais e na literatura existente, propõem os autores um esquema mostrando as prováveis relações do ponto de vista morfológico e etiopatogênico entre o acidente neurológico da vacinação anti-rábica por um lado e as demais leucoencefalomielites não degenerativas por outro.

**Estado de mal mioclônico electrencefalográfico por foco profundo temporal esquerdo.** Dr. Jorge Salim. — O autor apresentou um caso do Serviço de Electrencefalografia da Santa Casa de Ribeirão Preto, de paciente cujo registro electrencefalográfico demonstrou constante e invariável alteração patológica: polispículas-onda lenta, de projecção difusa e bilateral,

sincronas com algum predomínio na região temporal média esquerda. Este achado se mostrou constante e inalterável, em estudos seriados, mesmo quando a paciente se apresentava clinicamente normal. O estudo electrencefalográfico permitiu a suposição de lesão na região temporal esquerda, profundamente situada, suposição confirmada por exames subseqüentes.

O autor chamou a atenção para o fato de não haver coincidência clínica e electrográfica dos achados, uma vez que o estudo seriado mostrou a presença das alterações acima descritas, mesmo quando a paciente se apresentava isenta de sintomas.

Salienta o fato de não haver referências bibliográficas a respeito, o que sugere a raridade dos achados.

## Sociedade Médica São Lucas

Sessão em 22 de novembro de 1960

Presidente: *Dr. Enrico Ricco*

**Colecistite aguda** — Foi exibido um filme de produção Carlo Erba mostrando uma colecistectomia por colecistite aguda em caso de litíase, praticada pelo Prof. Eugenio Mauro.

**Cervicites** — Dr. Waldemar Machado. O orador discorreu sobre as cervicites, apresentando as suas classificações e aspectos clínicos, para deter-se no tratamento clínico e cirúrgico, conforme a sua etiologia. Ressaltou a raridade entre nós das cervicites tuberculosas e a diminuição acentuada em toda parte, das cervicites blenorragicas. O ectrópio do colo consequente ao parto pode acarretar cervicite. Finalmente o orador falou sobre leucoplasia e câncer do colo, aos quais se referiu por alto, por muitas vezes associados às cervicites. Apresentou diapositivos elucidativos.

O Dr. Antonio Carlos Sprenger falou sobre o tratamento das cervicites pela electrocoagulação.

O Dr. Enrico Ricco também expôs diretrizes desse tratamento.

**Câncer do ovário** — A seguir o Dr. Ernesto Affonso de Carvalho discorreu sobre o carcinoma primitivo do ovário. Fez a sua conceituação e mostrou sua relativa raridade. Disse que há um caso de câncer em quatro de cistomas do ovário. É um tumor bilateral em 50% dos casos, e na forma sólida ocorre em 5% dos casos de câncer do ovário. Outros tipos de câncer do ovário, como o sarcoma, foram lembrados, estabelecendo suas semelhanças com o carcinoma primitivo do ovário.

O Dr. Emilio Bueta Fernandes referiu-se á bilateralidade dos tumores.

Sobre a relativa benignidade do carcinoma papilífero do ovário, falou o Dr. Eurico Branco Ribeiro.

Discutiu, o Dr. Waldemar Machado a questão da formação da ascite em certos tumores do ovário.

# PROFENAMIN COMPOSTO



AMPÓLAS

COMPRIMIDOS

SUPOSITÓRIOS

PROFENAMIN COMPOSTO alia em sua fórmula três elementos de efeito decisivo no combate às síndromes dolorosas

I **ANTISPASMÓDICOS** = PROFENAMIN  
NOVATROPINA

II **ANALGÉSICO** = STEGALGIN

III **SEDATIVOS** = DERIVADOS DA MALONILUREIA

PROFENAMIN COMPOSTO não é entorpecente

## INDICAÇÕES:

Cólicas hepáticas, nefréticas, vesicais, dismenorréia, pré e pós operatória, dores dos cancerosos, síndromes dolorosas do trato genito-urinário, ameaças de aborto, dores sub-intrantes do parto, enxaqueca.

★ ★

*Laboratório Sintético Ltda.*  
Rua Tomandaré, 777 - Tel. 36-4572  
SÃO PAULO

Sessão em 6 de dezembro de 1960

Presidente: *Dr. Enrico Ricco*

**Hérnia de hiato diafragmático** - Dr. Manoel de Abreu Campanário O A. discorreu sobre a hérnia hiatal, lembrando os primórdios dos nossos conhecimentos, bastante recentes. Houve há 10 anos, um surto de trabalhos sobre o assunto na literatura, mas ultimamente estão escasseando os trabalhos publicados. Citou os estudos fundamentais de Lerche e fez a análise das teorias sobre a estrutura anatômica do esôfago terminal. Apresentou a classificação das hérnias em três tipos: hiatal, paraesofágica e parahiatal. O esôfago curto não é propriamente uma hérnia hiatal, é condição anatômica rara e clinicamente se confunde com a hérnia hiatal. Citou várias estatísticas mostrando a predominância da hérnia hiatal sobre os demais tipos. Passou a discorrer as várias técnicas do exame radiológico. Tem cerca de 60 casos e mostrou chapas radiológicas de vários deles.

A seguir o Dr. Edwin Montenegro falou em geral sobre o aspecto clínico da hérnia hiatal e salientou as dificuldades de diagnóstico e a intercorrência de outros estados patológicos na determinação da sintomatologia. Destacou a colecistite calculosa como capaz de dar sintomas enganadores. Por outro lado, a hérnia pode determinar sinais de comprometimento cardíaco. O tratamento da hérnia parahiatal é simples; o da hérnia paraesofágica é mais difícil e há várias técnicas, havendo ainda

frequentes recidivas. Sweet, Allison e Wagensteen agridem o diafragma por via alta; o segundo combinada com via abdominal e o terceiro faz novo hiato e fecha o anatômico. Harrington só usa a via abdominal. Em casos difíceis, faz a frenicotripsia para elevar o diafragma; a secção dos vagos também pode ser usada para alongar o esôfago. A estenose decorrente da esofagite é tratada pelo endoscopista. A tóse pos-operatória pode conduzir a recidiva.

O Dr. Moacyr Boscardin fez comentários sobre as comunicações dos Drs. Manoel de Abreu Campanário e Edwin Montenegro.

O Dr. Yeochua Avritchir mostrou um caso de câncer em uma hérnia gástrica de diafragma.

O Dr. Moacyr Boscardin mostrou chapa de divertículo simulando hérnia hiatal.

Salientou, o Dr. Manoel de Abreu Campanário, a importância da esofagite na sintomatologia. Tanto o divertículo como o câncer do esôfago podem produzir hérnia de tração.

Referiu-se o Dr. Garaldi, ao uso de substância oleosa no exame radiológico do esôfago. A cinematografia facilita a visualização do vestibulo do esôfago.

Falou o Dr. Miguel Centola, mostrando a dificuldade de positivar o refluxo gastro-esofageano no exame radiológico.

Sessão em 13 de dezembro de 1960

Presidente: *Dr. Paulo G. Bressan*

**Saudação de fim de ano** - Inicialmente o Dr. Eurico Branco Ribeiro proferiu uma saudação a todos os que têm cooperado com a instituição.

**Antibióticos** - Dr. Francisco Caldeira Algodual. Discorreu o A. sobre o estado atual da antibióticoterapia.

Salientou que de tantos apresentados, apenas uma vintena é de uso corrente. Pensam alguns que nos casos simples não se deve prescrever antibióticos, para evitar as consequências da resistência. O seu uso indiscriminado deve ser evitado. A sensibilidade de cada agente convém ser

**CAMPOFERRON®**



**UVILON®**



A CHIMICA **Bayer** S.A.

**Antianêmico  
Revitalizante**

Xarope de sabor agradável  
à base de Extrato hepático,  
Vitaminas e sais minerais.

**Antihelmíntico contra  
Ascaris e Oxiuros**

Xarope de sabor agradável  
à base de 20% de  
hexahidrato de piperazina

determinada. Os vários fatores que podem interferir no tratamento devem ser levados em consideração. A maneira de ação é assunto ainda em discussão, sendo variável conforme as circunstâncias. A administração dos antibióticos deve ser de preferência por via oral. A associação medicamentosa só é cabível em casos especiais. A estafilococcia hospitalar pode ser combatida por medidas administrativas de importância. O uso profilático teria a função de suprir uma defesa orgânica inexistente; na clínica, bem como na cirurgia, tem indicação limitada e em certos casos, justificada, arrolando-se muitas condições em que tem sido indicada. Uma crítica geral sobre os vários

antibióticos foi apresentada com pormenores. A estreptomina dá resistência precoce e até pode agravar a infecção; a dehidroestreptomina pode dar surdez irreversível. O cloranfenicol é o antibiótico de mais amplo espectro e a via de administração oral é tão eficiente como a paraenteral. A tetraciclina é também de amplo espectro. A neomicina é aplicada na infusão peritoneal. Vancomicina ainda não deu resistência aos estafilococos. Há vários antimicrobianos de utilidade.

Fizeram considerações sobre o assunto os Drs. Carlos de Oliveira Bastos, Waldemar Machado e Eurico Branco Ribeiro.

Sessão em 31 de dezembro de 1960

Presidente: Dr. Paulo G. Bressan

**Fundação para o Progresso da Cirurgia** — O presidente convidou para fazer parte da mesa o Prof. José da Costa Boucinhas, presidente do Rotary Club e do Conselho da Fundação, que assumiu a direção dos trabalhos. O Dr. Eurico Branco Ribeiro expôs o idealismo que presidiu a organização da Fundação para o Progresso da Cirurgia. O Dr. Galdino Nunes Vieira fez considerações sobre a Fundação para o Progresso da Cirurgia. O Prof. José da Costa Bou-

cinhas fez, também, alusão ao espírito que presidiu a instituição da Fundação.

**Alcoolismo** — A seguir o Dr. Galdino Nunes Vieira descorreu sobre aspectos médicos sociais do alcoolismo. Focou a posição do médico no meio social e estendeu-se sobre os males do alcoolismo, citando numerosos autores.

Orador foi felicitado pelo Prof. José da Costa Boucinhas.

# RUBROMALT

*Extrato de malte*  
*Com as Vitaminas B<sub>12</sub>, A e D*  
*Complexo B, Extrato de Fígado*  
*Aminoácidos e Minerais.*

★

INSTITUTO TERAPÊUTICO ACTIVUS LTDA.

Rua Pirapitingui, 165 — São Paulo, Brasil

# ARRET

Salicilato de colina a 17,4%

O MAIS NÓVO

*anti-térmico  
analgésico  
anti-flogístico*

NÃO PROVOCA DESCONFORTO GÁSTRICO NEM  
HEMORRAGIA DA MUCOSA GASTROINTESTINAL

*Solução de gosto agradável, fácil de administrar a bebês  
e pessoas que não gostam de ingerir comprimidos.*

5 cm<sup>3</sup> (1 colher das de chá) contém 870 mg de salicilato de colina,  
correspondentes a 650 mg de ácido acetilsalicílico.

Dose: 1 colher das de chá (5 cm<sup>3</sup>) cada 4 horas;  
para crianças metade da dose.

APRESENTAÇÃO: Vidros com 60 cm<sup>3</sup>.



**LABORATÓRIO PAULISTA DE BIOLOGIA S. A.**

Rua Maria Cândida, 1549 — São Paulo

## IMPrensa MÉDICA DE SÃO PAULO

### Sumário dos últimos números

**Arquivos dos Hospitais da Santa Casa de São Paulo** — Vol. n.º 1 e 2, março-junho de 1960. Ascarirose hepática. Anatomia Patológica. Classificação e patologia — Dr. José Donato de Próspero; Abscessos cerebrais nas malformações congênitas do coração — Dr. Viola G. Tóth; Anatomia patológica da pandemia gripal de 1957 (na cidade de São Paulo) — Dr. Carlos Marigo; Céretoacantoma gigante do nariz — Drs. Vinício de Arruda Zamith e A. James Brandi; Temas de terapêutica: I — Tensão pré-menstrual.

**Arquivos de Neuro-psiquiatria** — Vol. 18, n.º 3, setembro de 1960. Tumores congênitos do sistema nervoso: I — Cistos epidermóides e dermóides — Drs. Horácio Martins Canelas, Oswaldo Ricciardi Cruz e Rolando A. Tenuto; Síndrome de Dandy-Walker: a propósito de 4 casos — Dr. Gilberto Machado de Almeida; Revisão clínico-prática de postulados doutrinários sobre as depressões — Dr. Nelson Pires; Fronteiras na investigação da esquizofrenia — Dr. Marcelo Blava; Distrofia muscular progressiva: alguns aspectos do diagnóstico diferencial — Drs. Sylvio Saraiva, Aron J. Diamant e José Antonio Levy; Mecanismo da contração muscular — Drs. José Antonio Levy, Aron J. Diamant e José Antonio Levy; Distrofia muscular progressiva: avaliação do grau de déficit motor pelos testes musculares manuais — Dr. Abrão Anghinah.

**Boletim de Oncologia**, n.º 1, julho de 1960. Estadiamento do câncer da mama — Drs. M. O. Roxo Nobre — A. P. Mirra; Radioterapia das metástases na coluna vertebral — Drs. Oswaldo Peres, Maria do Carmo A. Peres e J. Almachio R. Guimarães; Linfogramulomatose maligna.

**Caderno de Terapêutica Labor.** Vol. V, n.º III, 1960. Novidades em

antibióticoterapia — Dr. Ibanez de Carvalho; Antibióticos como agentes antineoplásicos — Drs. Regina V. Milder e Michel Abu Jamra; Padronização biológica da insulina — Dr. Paulo Mello Freire; Griseofulvina no tratamento das micoses superficiais e profundas — Drs. Luiz Marino Bchelli e Ana Maria Uthida.

**Divulgação**, n.º 8, fevereiro de 1961. Desidratação fantasma da infância; Itanhaém: Sugestiva página da história paulista; Pintor paulista ensina história através da arte plástica; Nôvo alento: Esperança e alegria renascem com a reconstituição da face: Todo um ano de trabalho por 5 minutos de cinema: Faisão permite a conservação de nossas aves; Casaco de peles de chinchila só para rainhas: A procura do 10.º planeta: Proserpina: Algas: Alimento do futuro; Triunfo da vontade: Ultra-son: 5 milhões de turistas visitam a Flórida.

**I P H**, Órgão oficial do Instituto Brasileiro de Desenvolvimento e de Pesquisas Hospitalares. Vol. 13, ano IV. Novos desenvolvimentos em projetos e construções de hospitais: um programa de enfermagem pediátrica; Levantamento de recursos e necessidades de enfermagem: Padronização e simplificação de técnica de Laboratório Clínico; Atividades de Saúde no Hospital: Um apanhado sobre os Clubes de Terapia Social: O grave problema das infecções hospitalares.

**Neurônio**. Vol. XXI, n.º 3, 3.º Trimestre de 1960. Higiene mental no adulto — Fernando O. Bastos. Civilização e neurose — Dr. J. Carvalho Ribas.

**Pediatria Prática**, XXX, fasc. 6, junho de 1960. La croissance du jeune diabetique — Dr. H. Lesdradet; Distrofia pluricausal hipopigénica

*O maior espectro anti-bacteriano !*

# ESTREPTO QUEMICETINA

**CARLO ERBA**

A única associação a base de cloranfenicol succinato hidrossolúvel e estreptomicina, administrável por via parenteral, garantindo a ação contemporânea dos dois antibióticos.

*ação bacteriostática do cloranfenicol*

*ação bactericida da estreptomicina*

**principalmente nas:**

Estafilococcias  
Pneumopatias e Empiemas específicos e mistos  
Infecções urinárias  
Osteomielites  
Coqueluche  
Febre tifóide — Bruceloses  
Meningites, inclusive as específicas

Frasco-ampôla contendo succinato de cloranfenicol equivalente a 1 g de cloranfenicol e 0,500 g de estreptomicina, acompanhado de uma ampôla de diluente de 10 cm<sup>3</sup>.

Ampôla contendo succinato de cloranfenicol equivalente a 0,250 g de cloranfenicol e 0,125 g de estreptomicina, acompanhada de uma ampôla de diluente de 2,5 cm<sup>3</sup>, contendo anestésico, **exclusivamente para uso intramuscular.**

PRODUTO LIOFILIZADO

*Carlo Erba do Brasil S. A.*  
*Indústria Químico Farmacêutica*

Av. Conselheiro Rodrigues Alves, 3465 — Brooklin Paulista  
Fone: 61 0998 — Caixa Postal, 21.006 — São Paulo

— Dr. João Carlos de Souza: Dificuldades no diagnóstico da asma brônquica na infância — Dr. Alvaro Murce.

**Publicações Médicas.** Ano XXXI, n.º 207. Ensaio clínico da capacidade protetora do ácido pantotênico sobre o sistema nervoso no tratamento da tuberculose pulmonar pela diidro-estreptomicina — Drs. Fábio Fonseca e Silva e João B. F. Alhais: Verificações experimentais sobre imunidade humoral na moléstia de Chagas — Drs. Júlio Ferreira da Costa e Aryowaldo Costa: As modernas aquisições terapêuticas no campo da psiquiatria — Dr. Eduardo Valente Simões.

**Resenha Clínico-Científica.** Ano XXX, nos 2/3, fevereiro-março de 1961. Emergências cardiovasculares e cardiopulmonares do ponto de vista da anestesia — Dra. Ruth Weyl: Tumores profissionais — Dr. Francesco Molfino: Importância do metabolismo de base na exploração hipófiso-gonadal — Dr. Azor de Oliveira e Cruz: Novos diuréticos no tratamento dos edemas cirróticos: O potássio nas doenças cardíacas: Fígado de estase.

**Revista Brasileira de Abreugrafia.** Ano II, n.º 1, 1960. Número especial dedicado ao simpósio sobre abreugrafia do XII Congresso Panamericano de tuberculose realizado em Salvador (Bahia) de 10 a 16 de julho de 1960.

**Revista Brasileira de Leprologia.** Vol. 27, n.º 4, outubro-dezembro de 1959. A importância do sanatório na campanha anti-leprótica; Reabilitação do Hanseniano (Situação do doente de lepra internado e do egresso em face do trabalho) — Dr. Luís Baptista: Correlação entre os resultados da leitura clínica e do exame histopatológico da reação de Mitsuda — Drs. J. M. Bechelli, P. Rath de Souza e R. Quagliato: Viragem do Mitsuda pelo BCG em filhos de hansenianos — Dr. S. R. Moreno: Aspectos epidemiológicos e clínicos da lepra em Uruguaiana — Dr. Dardo Menezes: Antígeno de Mitsuda preparado com gânglio de doente lepromatoso — Dr. Nelson de Souza Campos.

**Revista Brasileira de Radiologia.** Vol. 3, n.º 3, julho a setembro de 1960. Pancreatite, sobre um caso associado a diabete intermitente e estenose do colédoco — Drs. Geraldo Castelar Pinheiro, Júlio P. Magalhães e Dra. Rosa Maria R. Pinheiro: Estrongiloidose intestinal correlação anatomo-radiológica de um caso fatal — Drs. O. Arantes Pereira, Amarino Oliveira e M. Barreto: Exostoses condrogênicas — Drs. Juan Alberto Aguirre e J. Carlos Orlandi: Nêo-vesícula litíase — Dr. Júlio P. Magalhães: Teste de rádio-diagnóstico — Drs. Abércio A. Pereira, Dionísio Teixeira e J. Raimundo Pimentel.

**Revista do Hospital das Clínicas.** Vol. XV, n.º 5, setembro-outubro 1960. Tinea capitis em adultos — Abílio Martins de Castro, Raymundo Martins de Castro, Estevam de Almeida Neto e Nelson Proença: Produção em coelhos de anticorpos contra a pele; I. Preparo de antígeno de pele e sua capacidade em induzir a formação de anticorpos — Drs. Luís Dias Patrício, Ernesto Mendes e Antonio Germano Silva; Produção em coelhos de anticorpos contra a pele; II. Inatividade aparente dos soros anti-pele em provocar lesões cutâneas — Drs. Luís Dias Patrício, Ernesto Mendes e Antonio Germano da Silva; Púrpura anafilactóide: síndrome de Shonlein-Henoch — Dr. Norberto Belliboni: Cromomicose primitiva da face e do pescoço; registro de um caso, com a descrição do agente etiológico. — Drs. Edgar Belfort, Neuza Dillon, Carlos da Silva Lacaz e Sebastião A. P. Sampaio: Síndrome de Melkersson-Rosenthal; a propósito de um caso — Argemiro Rodrigues de Souza; Associação Lupus erythematosus e psoríase; caso e revisão; Esporotricose disseminada; registro de um caso — Drs. Guilherme Curban, Carlos da Silva Lacaz, Edgard Belfort, Neuza Dillon e Jamil Auada: Osteoma osteóide; apresentação de um caso — Drs. José Augusto Soares e Benjamin Golman.

**Revista Paulista de Hospitais.** Vol. VIII, n.º 9, setembro de 1960. Queimaduras elétricas graves. Aspectos anatomo-patológicos e terapêuticos;

# FISIOZIM

(Cloridrato de alfa - (2 dietilamino-etilamino) - fenilacetato de isoamila)

**Novo antiespasmódico anticolinérgico e miotrópico, destituído de efeitos secundários.**

ESPASMOS VISCERAIS — ESPASMOS VASCULARES

---

**FISIOZIM** — Injetável — 0,020 g em 1 cm<sup>3</sup> — Caixa com 2 ampolas  
1 a 2 ampolas, ao dia, via muscular ou venosa.

**FISIOZIM** — drágea com 0,025 g — Estôjo com 10 drágeas  
1 drágea até 3 vezes ao dia.

**FISIOZIM** — Gotas — Frasco com 10 cm<sup>3</sup>  
1 cm<sup>3</sup> (20 gotas) = 0,050 g — Adultos: 10 a 20 gotas até  
3 vezes ao dia — Crianças: 3 a 5 gotas até 3 vezes ao dia.

---



**INSTITUTO PINHEIROS, PRODUTOS TERAPÊUTICOS, S. A. - SÃO PAULO - BRASIL**

Centro de reabilitação de crianças defeituosas em Mar del Plata — Argentina — Luis A. de la Torre; Luta contra a tuberculose; Enfermagem em doenças transmissíveis — Clelia Mainardi; Assistência aos egressos hansenianos; A saúde mental na Europa; Assistência médica no Estado da Guanabara; Influência das cores nas decorações do hospital — Enir Souza Lima; Foniatria — Uma ciência nova — Emiliana Cabrita.

Revista Paulista de Medicina. Vol. 58, n.º 1, janeiro de 1961. Obesidade — Dr. José E. Teixeira de Camargo; Comportamento e sistema nervoso — Dr. Miguel R. Covian; O comportamento como objeto da Psicologia Médica — Dr. Hernán Davanzo C.; Diagnóstico diferencial entre megacólon adquirido e câncer das últimas porções do tubo digestivo. — Dr. Paulo Carvalhaes; Diagnóstico diferencial entre hipertireoidismo e neurose — Dr. Luis Müller de Paiva.

## VIDA MÉDICA DE SÃO PAULO

### Instituto Médico-Legal do Estado São Paulo

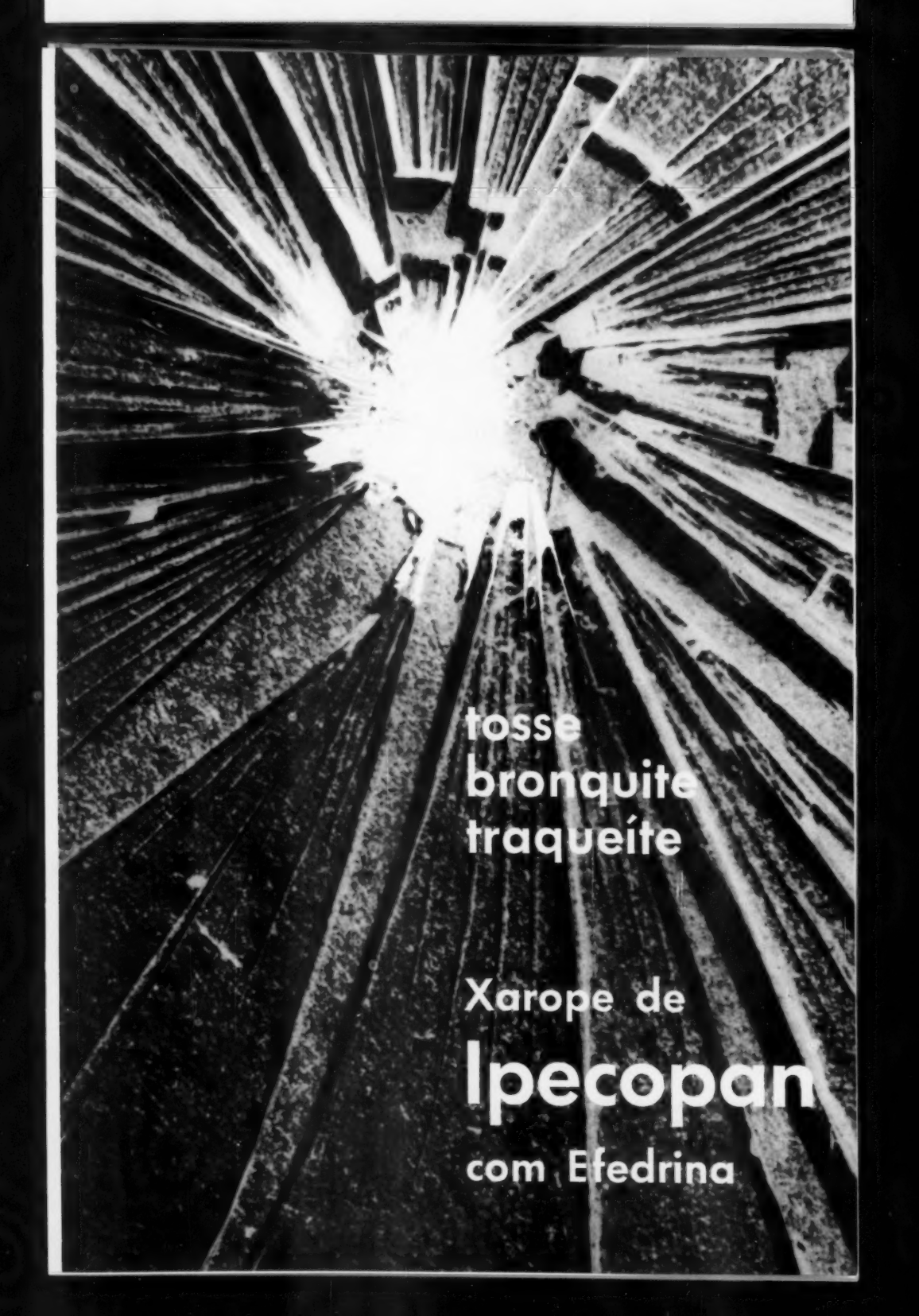
**Jubileu de diamante** — Palavras proferidas pelo Prof. H. Veiga de Carvalho, catedrático de Medicina Legal da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; por ocasião das comemorações do jubileu de diamante do Instituto Médico-Legal do Estado, realizadas no dia 7 de abril do corrente ano: Comemora, hoje, o Instituto Médico-Legal do Estado o seu jubileu de diamante — 75 anos de labores no campo médico de auxílio à administração da Justiça.

Tendo o Dr. Curado Fleury, chefe de Polícia de então, verificado a necessidade de ser a tarefa policial assessorada por médicos, que lhe trouxessem os subsídios que a sua ciência e arte só poderiam facultar, fê-lo sentir ao presidente da província, o conselheiro João Alfredo Corrêa de Oliveira. Decidiu, então, esse emerito governante promulgar a lei n.º 18, que foi baixada em data de 7 de abril de 1886, há 75 anos, portanto.

É uma efemeride que se não pode olvidar e cuja recordação nos faz relembrar os brilhantes fastos da polícia paulista, dessa organização que luziu fulgurantemente e que sempre foi exemplo, paradigma de muitas outras, de cá e de fora. Está, de contínuo, em minha memória essa Po-

lícia, que teve, por exemplo, em Washington Luis, um integerrimo e ciente chefe e com o qual, como com tantos outros da mesma estirpe, chegou a brilhantes refulgências. São do meu tempo grandes nomes de emeritas autoridades policiais, com as quais tive a honra de colaborar, como Francisco de Assis Carvalho Franco e Durval de Villalva, entre os que já se foram para a memória eterna; ou como Laudelino de Abreu e Augusto Gonzaga, entre os que ainda nos ensinam lições sempre ótimas do seu saber e da sua experiência, ainda que já retirados da liça imediata; ou, ainda, como tantos outros que, na atualidade, honram exemplarmente as tradições faustosas que herdaram de seus predecessores. Grande exemplo de competência, de organização e de eficiência nos deram e nos dão esses benemeritos homens de capacidade e de abnegação! E quanto lhes devemos!

E, ao lado desse íntegro quadro de autoridades policiais, integrando-se nêlo, o antigo Gabinete Médico-Legal, que iniciava as suas tarefas com os dois primeiros médicos policiais, então partindo para uma atividade que sempre foi ardua e que sempre foi pejada de imensa responsabilidade. E,



tosse  
bronquite  
traqueíte

Xarope de  
**Ipecopan**  
com Efedrina

# Xarope de **Ipecopan®** com Efedrina

Cada colher de sopa contém:

alcalóides totais do ópio	5,00 mg
alcalóides totais da ipeca	1,00 mg
cloridrato de efedrina	7,50 mg

**fluidifica a secreção brônquica**

em virtude da presença dos alcalóides da ipeca

**acalma a irritação das  
vias respiratórias**

graças à atuação sedativa dos alcalóides do ópio

**suprime os espasmos e aumenta a  
amplitude respiratória**

pela dupla ação eupnéica da efedrina



**SANDOZ BRASIL S.A.**

# VASODILATADORES HOUDÉ

## PAPAVÉRINA HOUDÉ

RIGOROSA DOSAGEM

<i>Ampólas</i>	<i>Comprimidos</i>	<i>Grânulos</i>
0,05 g	0,10 g	0,04 g
0,10 g	0,25 g	
0,20 g		

## OXYPHYLLINE HOUDÉ

SAL DE TEOFILINA SOLÚVEL, ESTÁVEL E NEUTRO

Injeções intramusculares não dolorosas

<i>Comprimidos</i>	<i>Ampólas</i>
0,15 g	0,30 g

## OXYPHYLLINE HOUDÉ COMPOSTA

<i>Comprimidos</i>	<i>Ampólas</i>
Oxyphylline ..... 0,15 g	Oxyphylline ..... 0,30 g
Papaverina ..... 0,04 g	Papaverina ..... 0,06 g
Fenobarbital ..... 0,01 g	

## NOKHELLINE HOUDÉ

DERIVADO HIDROSSOLÚVEL E ATÓXICO DA KHELLINE

*Ampólas*  
0,05 g de amikhelline

## NOKHELLINE HOUDÉ COMPOSTA

<i>Drágeas</i>	
Amikhelline .....	0,05 g
Papaverina .....	0,05 g
Fenobarbital .....	0,01 g



LABORATÓRIO F. PIERRE S/A

RIO — Caixa Postal, 489  
Telefone 52-1556

S. PAULO — Caixa Postal, 606  
Telefone 36-5111

entre parenteses, também sempre parcialmente remunerada... naquele tempo, com os vencimentos de 1 conto e 800 mil réis anuais...

Veio crescendo esse primitivo Serviço Médico-Policial da Capital, passando por diversas reformas e reajustamentos e recebendo, em 30 de dezembro de 1916, pela lei n.º 1.537, para ser a ele incorporado, o Gabinete de Química Legal, o qual, por erro, esteve aliás apenso, de 1931 a 1933, ao Laboratório de Polícia Técnica mas, por decreto de Armando de Salles Oliveira, reincorporado ao Gabinete Médico-Legal. A organização foi-se consolidando, tendo sido, a partir da lei n.º 2.034, de 30 de dezembro de 1924, novamente remodelada, passando a ter 8 médicos legistas e a possuir, então, um diretor. Mais tarde, ainda por merito do brilhante estadista que foi Armando de Salles Oliveira, recebeu uma nova e talvez a melhor inspirada reorganização de quantas tenham sido feitas, nos termos do dec. n.º 6.118, de 17 de outubro de 1933.

De um prédio anexo, passou para instalações mais condignas no próprio prédio da Polícia Central e aí teve largos anos de intensa atividade.

Dos seus 75 anos de existência, acompanho já há 32 anos os seus trabalhos, sempre interessado no seu progresso, que acalentei no quanto me tem sido facultado. E, nesse já bem longo lapso de tempo, não posso deixar de me lembrar da dedicada e benemerita atuação do então diretor do Serviço, o meu estimado amigo Dr. José Libero que, ingressando na vaga de seu ilustre progenitor, Dr. Honório Libero, por invencível vocação e exemplo digno de seu maior, nele se destacou pelo seu devotamento ao interesse público, que serviu exemplarmente por espaço de 44 anos e 5 meses, e do qual se aposentou com todo o reconhecimento dos que sabem o quanto áspero é o caminho desta especialidade, e havendo então recebido, entre outras e tão merecidas honras, a da Sociedade de Medicina Legal e Criminologia de São Paulo, que o fez seu sócio honorário.

Lembro-me, já e sempre com saudade, dos bons tempos que vivi em

atividade coincidente com a do velho Gabinete. E, como ainda há dias recordava com o meu ilustre amigo Dr. Raymundo de Menezes, era essa uma "belle époque", cheia de valores humanos e espirituais, que fizeram desse largo período, em verdade, uma época de lutas culturais e de realizações objetivas, e em que relampejaram também os límpidos espíritos de Oscar Freire e dos grandes mestres da atualidade, Profs. Flaminio Favero e Almeida Júnior.

Muito ficámos a dever, pois, a José Libero e aos seus ilustres colaboradores, alguns dos quais ainda são hoje pilstras mestras da difícil obra, como, para citar apenas alguns, esses eminentes legistas que são Juvenal Hudson Ferreira, Virgínio Valentino, Fredesvindo de Souza Lima, Ernestino Lopes da Silva Júnior e tantos, tantos outros. E muitos dos quais, depois de árduos anos de pujante atividade, se entregaram aos campos do ensino e da cultura, como João Batista de Oliveira e Costa Júnior, Joaquim Vieira Filho, Antonio Dácio Franco do Amaral ou Costa Nunes.

Nem sempre concordamos, porém, em tudo. Até mesmo, vez por outra, porfiamos em divergências. Mas, como era belo dissentir naqueles tempos, em que uma diferença de opinião era sempre motivo de demonstrações de respeito e em que uma nova divergência levava sempre a uma aproximação mais compreensiva, então quando os homens lidavam sempre com as idéias, com o espírito! De coração puro e uma vênica sempre pronta a se prestar! "Belle époque"!

A messe de contribuições casuísticas que foi recolhida é digna de encomios e revelava, a par de uma vida torturada pelos muitos afazeres, aquela chama de um ideal científico, que eu sempre regozijantemente lhes senti.

São 75 anos vívidos. Serão, agora, muitos mais a porvindoramente vencer. Nesta data auspiciosa e grata ao meu espírito de velho cultor da antiga especialidade de Zacchia, simultaneamente com o registro do significado deste aniversário, permito-me emitir o voto de que o atual e egregio secretário da Segurança Pública, esse brilhante e culto espírito de jurista



# BAXTER

## V-14

### Novo

**equipamento  
para administração  
parenteral**

**— máxima garantia de qualidade !**

Para ser usado uma única vez, o Equipamento para Administração Parenteral Baxter V14 é absolutamente:

- ★ Higiénico
- ★ Inviolável
- ★ Estéril
- ★ Apirogênico
- ★ Econômico

Não permita reações pirogênicas em seus pacientes. Use exclusivamente os Equipamentos Baxter V14 - absoluta proteção contra qualquer contato com o meio externo.

---

Para administração de sangue, use o Equipamento Baxter V18 - o mesmo equipamento com filtro de nylon.

Fabricado no Brasil por:

**INDÚSTRIAS QUÍMICAS MANGUAL S. A.**

Matriz: Rio de Janeiro - Rua Real Grandeza, 293 - Telef.: 46-8050 - Cx. Postal 3.705 - End. Teleg.: "Picot",  
Laboratórios: Duque de Caxias (RJ) — Rua Campos, 543

Filial: São Paulo - Rua Ruy Barbosa, 168 - 170 - Telef.: 32-9626 - Enderço Telegráfico: "Baxter"

que é o Dr. Virgílio Lopes da Silva, possa sempre amparar e levar o Instituto Médico-Legal a um progresso constante, dando-lhe as últimas providências no que ainda deve ser feito para aperfeiçoá-lo, atualizá-lo e colocá-lo em sintonia com as exigências técnicas de seleção e entrosamento científico que se fazem mister para

aqueles que executam uma tarefa tão sobrecarregada de responsabilidade, tendo em mão valores humanos dos mais elevados, quais sejam a vida e a honra dos cidadãos. É o que auguro, agora, no seguimento do que sempre almejei, feliz quando possa aplaudir e de portas abertas para a colaboração com que nunca faltei.

## Associação Paulista de Medicina

**Eleição das Comissões Permanentes** — Em assembléia geral ordinária da Associação Paulista de Medicina, foram eleitas as Comissões Permanentes da entidade, assim como a Diretoria, o Conselho Deliberativo e o Conselho Fiscal do Departamento de Previdência, para o biênio 1961-1962, que ficaram assim constituídos:

**Comissão Científica** — Drs. Bindo Guida Filho, Hélio Lourenço de Oliveira, Italo Domingos Le Voci e Sebastião de Almeida Prado Sampaio (presidente).

**Comissão de Defesa da Classe** — Drs. Ary Lex, José Ferreira de Pontes, José Salustiano Filho (presidente) e Sérgio Goulart de Faria.

**Comissão Eleitoral** — Drs. Alfredo Pacheco Júnior, Nelson Manoel do Rego, Plínio de Toledo Piza e Waldyr da Silva Prado (presidente).

**Comissão de Finanças** — Drs. Adauro Barbosa Lima, Mario de Melo Faro, Oswaldo do Valle Cordeiro e Raul de Guedes Mello Filho (presidente).

**Comissão de Relações Públicas** — Drs. Jacyr Quadros, Luiz Gonzaga

Murat, Luiz Leopoldo Pedalini e Simão Reston.

**Diretoria do Departamento de Previdência** — Presidente, Dr. Edison de Oliveira; vice-presidente, Dr. Fauzi Salim; 1.º secretário, Dr. Octavio Ribeiro Ratto; 2.º secretário, Dr. Antonio Franco Montoro; 1.º tesoureiro, Dr. Nicolau Oppido Sobrinho; 2.º tesoureiro, Dr. Carlos Pimenta de Campos, e, diretor administrativo, Dr. Manoel de Paiva Ramos.

**Conselho Deliberativo** — Drs. Arnaldo Caleiro Sandoval, Augusto Ayrosa Galvão, Eduardo Martins Passos, Gastão Fleury da Silveira, Henrique Arouche de Toledo, João De Lorenzo, José Sette Gusmão, Kelyce Amazonas Correia, Linneu Mattos Silveira, Miguel Scavone, Mozart Tavares de Lima Filho, Nevio Pimenta e Roberto Barbosa.

**Conselho Fiscal — Efetivo:** Drs. Carlos de Campos Pagliuchi, Fernando Gentil e Mario Ramos de Oliveira. **Suplentes:** Drs. Paulo de Almeida Toledo, Radion Carvalho S. Barbosa e Raphael de Lima Filho.

# PHILERGON - Fortifica de fato

Uma colherada às refeições

# CLORGIN

*com Reserpina,*

**A**ssociação de um novo diurético  
(Clorotiazida) não mercurial, atóxico e  
ativo por via gástrica à Reserpina,  
reconhecido hipotensor e sedativo.

**melhor efeito hipotensivo.**

**sedação adequada, combatendo  
a irritabilidade, palpitações e  
insônia.**

**efeito diurético, sem prejudicar o  
equilíbrio eletrolítico do organismo.**



instituto farmacêutico de produtos científicos xavier  
JOÃO GOMES XAVIER & CIA. LTDA.

## Inspetoria dos Serviços de Raios X e Substâncias Radioativas

**Instalação em comemoração ao Dia Mundial da Saúde** — Foi comemorado no dia 7 de abril o "Dia Mundial da Saúde" que todos os anos assinala o aniversário da Organização Mundial da Saúde. O assunto principal escolhido para o ano corrente versou sobre "Os acidentes e sua prevenção" e para que São Paulo se enquadre eficientemente nesse objetivo, o Dr. Fauze Carlos, secretário da Saúde Pública e da Assistência Social, fez instalar no dia 7 de abril do corrente ano, no âmbito da Secretária de que é titular, a Inspetoria dos Serviços de Raios-X e Substâncias Radioativas, cumprindo assim a lei n.º 6039, de 13 de janeiro de 1961, pela qual a Inspetoria foi ampliada, à altura do desenvolvimento que em nosso Estado atingiu o emprego pacífico da energia atômica.

Com essa transferência, a referida Inspetoria, que é o único serviço no gênero existente no Brasil, fica melhor aparelhada para cuidar da proteção radiológica em todos os seus aspectos e essa proteção é assunto inerente à Organização Mundial da

Saúde, prevenindo o acidente radiológico em todas as suas modalidades. A manipulação das radiações ionizantes é sempre acompanhada de riscos e para evitá-los tornam-se indispensáveis precauções especiais, na forma de medidas de proteção que a Inspetoria de Raios-X tem feito executar, nos serviços sob sua fiscalização, devendo se processar sua ação em escala sensivelmente maior.

Para intensificar e aperfeiçoar sua função na prevenção de acidentes a Inspetoria disporá muito brevemente de um Laboratório de Doses, com o objetivo de evitar sejam ultrapassados os níveis de segurança estabelecidos pela Comissão Internacional de Proteção Radiológica, seja quanto ao pessoal em serviço, seja quanto aos locais de trabalho e à própria vizinhança deles.

A poluição atmosférica pelas poeiras radioativas também será objeto de estudo do Laboratório, que determinará os níveis locais, de modo a garantir a saúde da coletividade contra qualquer possível contaminação pelo ar.

## CONGRESSOS MÉDICOS

### XI Congresso Brasileiro de Proctologia

**Realização em Belo Horizonte** — A Sociedade Brasileira de Proctologia, fará realizar de 5 a 8 de julho do corrente ano, o Décimo primeiro Congresso Brasileiro de Proctologia. O programa científico da reunião constará de:

#### I — Conferências sobre:

*Dolicocolon*

*Câncer do colon e reto*

*Fístulas colo-viscerais*

#### II — Mesas redondas sobre:

*Doenças iatrogenicas do colon, reto e anus*

*Esquistossomose*

*Constipação intestinal na infância*

#### III — Sessões de filmes

#### IV — Sessões plenárias para apresentação de temas livres sobre a especialidade.

#### V — Parte social

#### VI — Reunião administrativa.



# Thiaminose

VITAMINA B<sub>1</sub>  
VITAMINA C  
SÔRO GLICOSADO

ESTADOS TOXI-INFECCIOSOS  
ULCERAS GASTRO DUODENAIAS  
AFECÇÕES HEPÁTICAS  
HIPERTENSÃO ENDOCRANEANA

APRESENTAÇÃO:

*Normal e Forte - Ampolas de 10 e 20 cm<sup>3</sup>*

**LABORATÓRIO CLÍMAX S.A.**

Para apresentação do trabalho disporá o autor de 15 minutos, inclusive projeções, devendo antes de iniciar a exposição entregar o original do trabalho ao Presidente da mesa. Cada autor não poderá inscrever mais de 3 trabalhos, individual ou em colaboração.

Acha-se a Comissão Organizadora empenhada em proporcionar aos congressistas e seus acompanhantes interessante programa social, incluindo visitas às cidades históricas de Minas Gerais.

As inscrições para os trabalhos serão encerradas em 31 de Maio deste ano.

## ASSUNTOS DE ATUALIDADE

### Prêmio Internacional "Recordati" de Cardiologia

Será conferido a um trabalho inédito sobre cardiologia — Recordati — Laboratório Farmacológico S. p. A., com sede em Milão (Itália), Via Civili 1, institui o Prêmio Internacional "Recordati" de Cardiologia, no valor de 2.000 dólares. Será conferido por ocasião do IV Congresso Mundial de Cardiologia (Cidade do México em 1962) a um trabalho inédito sobre Cardiologia.

Serão particularmente apreciados aqueles atinentes ao diagnóstico, à profilaxia e à terapêutica, todavia, não será excluído nenhum trabalho de Cardiologia entendida em sentido mais amplo. O Juri será composto dos seguintes cinco membros: Prof. Chávez (Cidade do México); Prof. Condorelli (Roma); Prof. Décourt (São Paulo); Prof. Katz (Chicago); Prof. Lenègre (Paris). O Presidente do Juri será o Prof. Condorelli. A Secretaria do Prêmio está sediada na Via Civitali 1, Milão (Itália). Cada componente do Juri, após apreciação dos trabalhos, procederá à classificação dos candidatos por ordem de mérito, indicando-os como 1.º, 2.º, 3.º...

O Presidente, assim que houver recebido as classificações de cada membro do Juri, somará aquelas referentes a cada candidato e atribuirá o Prêmio àquele que houver conseguido a contagem de 5, ou a mais próxima deste número.

Ao Prêmio, podem concorrer médicos de qualquer nacionalidade, de

idades inferiores a 40 anos. Em caso de igualdade de méritos, será dada preferência ao mais jovem. O trabalho, redigido em língua francesa e inglesa, em seis cópias datilografadas com espaço duplo, contendo, no máximo, cinquenta páginas e não mais de dez figuras próprias para clichês de formato até 70 cm², deverá chegar, até 30 de junho de 1961, à Secretaria do Prêmio Internacional Recordati, Via Civitali 1 Milão (Itália).

A expedição será feita mediante pacote registrado, com involucro duplo. O 1.º involucro (que apresenta os timbres postais e o endereço) será imediatamente destruído ao chegar. O segundo, fechado com goma adesiva, não deverá apresentar sinal algum capaz de identificar o expedidor. Neste segundo involucro, que será aberto pessoalmente pelo Secretário, devem ser encontrados: a) seis cópias do trabalho, datilografadas, identificadas por um mesmo pseudônimo; b) um envelope lacrado, isento de qualquer identificação, a não ser o pseudônimo.

O envelope conterá uma folha, assinada pelo autor, com a declaração explícita de que o trabalho é inédito. Nessa mesma folha o autor fará constar, também, o seu nome, o endereço, o seu pseudônimo e exporá o seu "curriculum vitae". Para outras informações, dirigir-se à Secretaria do Prêmio no endereço acima citado.

# Ciclinamid VF

Anti-infeccioso  
de amplo espectro



IN HONORE VIRTUS

Laboratório Torres S.A.  
Departamento de Divulgação Científica

## I Conferência sobre o ensino da pediatria no Brasil

Com o fim de aperfeiçoar o ensino da Pediatria no Brasil, promovendo, assim, uma melhor assistência à criança, está programada para outubro próximo, durante a Semana da Criança, em Brasília, a "I Conferência Sobre o Ensino da Pediatria no Brasil".

O conclave está sendo coordenado pelo Prof. J. Renato Woiski e sua Comissão Organizadora é composta dos Professores José Martinho da Rocha, Mario Olinto e Luiz Torres Barbosa, do Rio de Janeiro; Prof. Antonio Figueira, do Recife, Professor Pedro de Alcântara, de São Paulo, e Prof. Renato Woiski, de Ribeirão Preto. Estes Professores, que estão sobremodo empenhados no sucesso desse empreendimento, e que estão sempre presentes a todos os movimentos que visam melhorar o nível de ensino universitário no Brasil, são uma garantia para um completo sucesso da Conferência sobre o Ensino da Pediatria.

Para participar da Reunião, estão sendo convidados, pelos "Produtos Nestlé", patrocinadores da Conferência, todos os Professores de Pediatria e Puericultura de todas as Faculdades de Medicina do Brasil. Durante uma semana os participantes da Conferência permanecerão em Brasília, como convidados especiais dos "Produtos Nestlé", discutindo, entre outros problemas, as questões de Conceito de Pediatria e seus Objetivos, Métodos de Ensino, Disponibilidades Didáticas, Pessoal Docente, Pessoal Técnico Para-médico.

Com o patrocínio da I Conferência Sobre o Ensino da Pediatria no Brasil, os Produtos Nestlé iniciarão, no período que vai da Semana da Criança de 1961 ao Dia das Mães de 1962, uma série de comemorações em homenagem à "Mãe Brasileira", em regosio pelos 40 anos de suas atividades no Brasil.

## Atualização em pediatria

A Companhia Industrial e Comercial Brasileira de Produtos Alimentares — Produtos Nestlé, patrocinará no corrente ano, de 2 a 8 de julho, em Santos, a "Semana Nestlé de Atualização em Pediatria", e de 23 a 29 do mesmo mês, em Ribeirão Preto, o "Concurso Nestlé de Atualização em Pediatria". O conclave de Santos será realizado na Associação Médica e auspiciado pela Secretaria da Saúde e da Assistência Social do Estado de São Paulo e o de Ribeirão Preto, no Centro Médico, será auspiciado, também, pela Sociedade Brasileira de Pediatria e terá a orientação da Cátedra de Clínica Pediátrica Médica e Higiene da Primeira Infância da Fa-

culdade de Medicina de Ribeirão Preto.

Essas realizações da Nestlé, que visam proporcionar aos médicos das regiões de Santos e Ribeirão Preto o conhecimento das mais recentes conquistas médico-científicas no campo da Pediatria contarão, ainda, com a valiosa colaboração do Departamento Estadual da Criança, Departamento de Pediatria da Associação Paulista de Medicina e Departamento de Pediatria da Associação Médica de Santos.

Os Cursos ora anunciados, a exemplo dos já realizados, serão ministrados por renomados Professores de Pediatria de São Paulo e do Rio de Janeiro, constarão de aulas regu-

lares e mesas redondas e são dedicados a todos os médicos daquelas regiões que queiram atualizar os seus conhecimentos da matéria, especialmente aos dos Postos de Puericultura do DEC, admitidos na função de médico pediatria, para os quais a frequência é obrigatória e que participarão na qualidade de bolsistas.

Entretanto, além dos bolsistas, qualquer médico daquelas e de outras regiões poderá fazer um dos Cursos às suas próprias expensas, desde que se inscreva no início do Curso res-

pectivo. Será conferido diploma aos médicos que frequentarem pelo menos 80% das aulas dadas.

O sucesso alcançado pelos Cursos já realizados, em número de nove (nas seguintes cidades: Rio de Janeiro, São Paulo, Recife, Salvador, Belém, Porto Alegre, Belo Horizonte, Baur e Araçatuba) e o benefício que os mesmos proporcionam à classe pediátrica são fatores que estimulam a Nestlé a continuar realizando-os, não poupando esforços no sentido de que se tornem eles cada vez mais eficientes.

## **“A Cirurgia no Sanatório São Lucas”**

2 volumes

Preço Cr\$ 700,00

# **NOROCOLINA**

**Vaso-dilatador coronariano e diurético**

**FÓRMULA:**

Cada drágea contém 100 mg de teofilinato de colina.

**INDICAÇÕES TERAPÊUTICAS:**

- 1) Asma brônquica.
- 2) Como dilatador das coronárias, na angina pectoris e enfarte do miocárdio.
- 3) Na insuficiência cardíaca congestiva, como diurético, seja sozinho ou associado aos mercuriais, cujo efeito diurético reforça e potencia.

**MODO DE USAR:**

1 a 3 ou mesmo 4 drágeas, 4 vezes ao dia.

★

**LABORATÓRIO TERÁPICA PAULISTA S/A.**

Rua Fernão Dias, 82 — Fone 80-0684 — Caixa Postal, 487

## Casa de Saúde São Miguel

**Programa Clínico e Didático para 1961** — Damos a seguir a discriminação do programa clínico e didático para 1961, que se realizará na Casa de Saúde São Miguel, à rua Conde de Irajá, 420, onde poderão ser obtidas quaisquer informações sobre o assunto.

### I) PROGRAMA CLÍNICO

(Assistência livre para médicos visitantes)

1) Intervenções cirúrgicas são realizadas terças, quintas e sábados a partir das 8,30 hs. Os Drs. Augusto Paulino Filho e Fernando Paulino, durante as intervenções, esclarecem os visitantes sobre as minúcias da técnica e razão porque adotam tal ou qual processo.

2) Clínica de broncoesofagologia — segundas, quartas e sextas-feiras, às 14 hs., no Centro Cirúrgico.

3) Revisão e discussão dos casos internados, diariamente, às 19 hs., na Sala de Aulas.

4) Clínica radiológica. Interpretação de radiografias da semana, todos os sábados, às 13,30 hs., na Seção de Raios X.

5) Reunião do Corpo Clínico para apresentação de casos cirúrgicos e discussão das complicações operatórias verificadas durante a semana. Todas as quartas-feiras, às 19 hs., na Sala de Aulas.

6) Exercícios clínicos patológicos, às terças-feiras, às 19 hs., na Sala de Aulas.

7) Seminário de Patologia Cirúrgica — Revisão das peças operatórias da semana com apresentação das lâminas histológicas de todos os casos e diagnósticos definitivos. Sábados às 15,15 hs., no Laboratório de Patologia Cirúrgica.

### II) PROGRAMA DIDÁTICO

1) Estágios (15 dias em qualquer época do ano). Para médicos (cirur-

giões ou clínicos) do Rio de Janeiro ou Estados, em qualquer época compreendida entre março e dezembro, com direito a frequentar os serviços cirúrgicos e radiológicos, assistir operações, acompanhar as visitas, endoscópias dos casos clínicos.

2) Estágios (3 a 12 meses) podem ser obtidos em anestesia, broncoesofagologia, patologia, pré e pós-operatório, com prévio entendimento com o Dr. Fernando Paulino.

3) 14.º Curso Anual de Cirurgia. Para cirurgiões de fora do Rio de Janeiro, sob regime de tempo integral.

Data: 24 a 29 de julho.

Horário: 8,30 às 12,30 hs. e 14,30

às 17,00 hs., diariamente.

Inscrição: Cr\$ 5000,00 (cinco mil cruzeiros) limitada a 20 médicos.

### PROGRAMA

SEGUNDA-FEIRA, DIA 24 :

8,30 horas: *Importância do exame clínico em cirurgia.*

9,30 horas: *Complicações pulmonares pós-operatórias. Função cardiorespiratória.*

11,00 horas: *Importância das complicações respiratórias em recém-operados. Estado atual do problema.*

14,30 horas: *Volume sanguíneo em cirurgia.*

15,30 horas: *Transfusão de sangue. Organização e funcionamento do banco de sangue em pequenos Hospitais.*

TERÇA-FEIRA, DIA 25 :

8,30 horas: *Insuficiência suprarrenal em pacientes cirúrgicos — Diagnóstico, tratamento preventivo e curativo.*

9,30 horas: *Anatomia cirúrgica das vias biliares.*

10,30 horas: *Intervenções cirúrgicas.*

**símbolo  
de seriedade  
industrial**



**DE ANGELI**



A inauguração dessa nova  
sede finca mais um  
marco no progresso da  
Indústria farmacêutica  
nacional, testemunha  
mais uma vez  
a projeção do  
Instituto De Angeli do Brasil.  
A distinta Classe Médica  
sabe que pode contar  
com a produção  
farmacêutica nacional  
e confiar plenamente  
na marca DE ANGELI...

**símbolo de seriedade industrial**

**LENTOSULFINA**

**ANADOR**

**GLUTAFITON**

**LENTOMICETINA**

**STEROFITON**

**DEATUSSAN**

**I N S T I T U T O   D E   A N G E L I   D O   B R A S I L**

14,30 horas: *Técnica de colecistectomia, coledocotomia e papilotomia (Filme colorido).*

15,30 horas: *Patologia do colédoco terminal.*

16,30 horas: *Estenose cirúrgica das vias biliares.*

#### QUARTA-FEIRA, DIA 26 :

8,30 horas: *Anatomia e fisiologia do pâncreas.*

9,30 horas: *Pancreatite aguda — Diagnóstico e tratamento.*

11,30 horas: *Etiopatogenia das pancreatites crônicas.*

14,30 horas: *Tumores funcionantes do pâncreas.*

15,30 horas: *Duodenopancreatectomia — Indicação — Resultados.*

#### QUINTA-FEIRA, DIA 27 :

8,30 horas: *Intervenções cirúrgicas.*

14,30 horas: *Carcinoma pulmonar.*

15,30 horas: *Tratamento cirúrgico aneurismas da aorta (Filme colorido).*

16,00 horas: *Gastrectomia total e subtotal por câncer — Indicação, técnica e resultados.*

#### SEXTA-FEIRA, DIA 28 :

8,30 horas: *Patologia dos polipos e carcinomas do colon.*

9,30 horas: *Diagnóstico e tratamento do carcinoma do colon.*

11,30 horas: *Técnica das colectomias (com filmes coloridos)...*

14,30 horas: *Equilíbrio hídrico e electrolítico em cirurgia.*

15,30 horas: *Acidose e alcalose em cirurgia.*

#### SÁBADO, DIA 29 :

8,30 horas: *Hérnia do diafragma.*

9,30 horas: *Reconstrução do esfago. Técnicas cirúrgicas.*

11,00 horas: *Apresentação de casos de patologia do esfago.*

### III) ESTÁGIO PARA CIRURGIÕES RESIDENTES EM 1962

A Casa de Saúde São Miguel mantém quatro lugares de cirurgiões residentes, com finalidade de fornecer a médicos recém formados a oportunidade de se prepararem para exercer a clínica cirúrgica.

O estágio é de um ano, podendo ser prolongado para dois. O hospital fornece ao residente alojamento e comida e pequeno auxílio financeiro. O residente trabalha em regime de tempo integral, como se fosse do corpo clínico da Casa de Saúde, acompanhando as visitas diárias do chefe de Serviço, trabalhando nos laboratórios de patologia e radiologia e tomando parte como auxiliar nas intervenções cirúrgicas e exames endoscópicos.

O candidato a residente deve preencher as seguintes condições:

a) Ser formado em Medicina por escola reconhecida.

b) Fornecer nomes de pessoas de quem a direção da Casa de Saúde possa solicitar referências.

c) Enviar seu pedido de inscrição entre 1.º e 30 de novembro de 1961 com as seguintes informações:

1) Nome. 2) Idade. 3) Faculdade pela qual se formou. 4) Currículo escolar. 5) Endereço. 6) Duas fotografias 3+4.

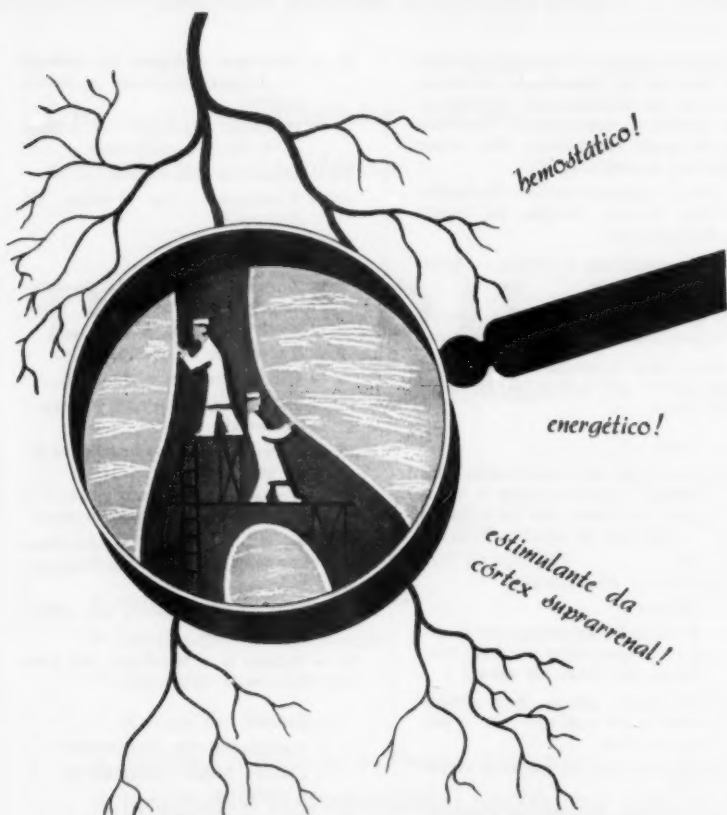
O residente recebe treinamento teórico e prático.

O Hospital confere, no fim do estágio, um certificado de que o médico terminou a residência na Casa de Saúde São Miguel e qual o treinamento teórico e prático que recebeu.

### PROGRAMA DE ENSINO PARA CIRURGIÕES RESIDENTES

4) Radiologia clínica (aulas todos os sábados):

- 1) Radiologia pulmonar;
- 2) Radiologia do estômago e duodeno;
- 3) Radiologia biliar;
- 4) Radiologia do aparelho urinário;
- 5) Radiologia do intestino;



# PERMIPLAS

Substituto do plasma sanguíneo  
Normalizador da permeabilidade capilar

Mono-semicarbazona do adrenocromo (MSA) em solução isotônica de sais minerais, com pH=7

**Choques hemorrágico e não hemorrágico (traumático, tóxico,  
cirúrgico e decorrente de queimaduras).  
Prevenção e tratamento de hemorragias operatórias.**

Frasco com 500 ml

LABORATÓRIOS FARMACÊUTICOS VICENTE AMATO-USAFARMA S/A. — S. PAULO

B) Laboratório — Execução prática de técnicas de laboratório — Determinação do hematócrito, hemoglobina, proteína, hemograma, classificação do grupo sanguíneo e Rh, exame de urina, acidograma, etc.

c) Pré e pós-operatório — Trabalhos práticos diários. Estágio na Secção de Broncoscopia.

D) Propedêutica e clínica — Aulas diárias.

E) Curso de Introdução a Clínica Cirúrgica com o seguinte programa:

Aulas todas às terças e sextas-feiras desde abril até agosto — Horário: 20,30 horas.

#### ABRIL :

- 4 — Fisiologia da cicatrização das feridas. Fatores gerais e locais que interferem na cicatrização — Métodos de sutura. Deiscência.
- 7 — Infecção em cirurgia.
- 11 — Choque.
- 14 — Transfusão de sangue em cirurgia. Organização e funcionamento do banco de sangue.
- 18 — Princípios gerais que devem orientar os cuidados pré e pós operatórios.
- 25 — Metabolismo do paciente cirúrgico.
- 28 — Equilíbrio hídrico em cirurgia. Hidratação.

#### MAIO :

- 2 — Equilíbrio electrolítico em cirurgia. Reposição de eletrólitos.
- 5 — Depleção de proteínas aguda e crônica em cirurgia.
- 9 — Organização e funcionamento do Centro Cirúrgico. Técnica assética. Metodização e disciplina no decorrer do ato cirúrgico.
- 12 — Técnica de rotina em um Serviço Cirúrgico. Aspiração gástrica, venoclise, cateterismo vesical, aspiração traqueal, punção torácica, curativos.
- 16 — Anatomia e fisiologia do esôfago — esofagoscopia — Radiografia do esôfago.

19 — Patologia cirúrgica do esôfago — Atresia, estenoses e divertículos.

23 — Patologia cirúrgica do esôfago — Acalasia e carcinoma.

26 — Hérnia do diafragma.

30 — Tratamento das hérnias do diafragma.

#### JUNHO :

- 2 — Anatomia e fisiologia do estômago. Fisiopatologia do estômago operado.
- 6 — Radiologia do estômago.
- 9 — Úlcera gástrica e duodeno.
- 13 — Tratamento da úlcera gástrica e duodenal.
- 16 — Tumores benignos e malignos do do estômago.
- 20 — Tratamento do câncer gástrico — Gastrectomia total e subtotal.
- 23 — Patologia cirúrgica do duodeno — Malformações, divertículos, tumores.
- 27 — Pré e pós-operatório em cirurgia gástrica.
- 30 — Anatomia e fisiologia das vias biliares.

#### JULHO :

- 4 — Radiologia das vias biliares.
- 7 — Litíase biliar. Diagnóstico e tratamento.
- 11 — Diagnóstico diferencial das icterícias.
- 14 — Pré e pós operatório em cirurgia biliar.
- 18 — Patologia cirúrgica do colon — Divertículos, colite ulcerosa.
- 21 — Carcinoma do colon.
- 25 — Polipos do colon — Patologia, diagnóstico e tratamento.
- 28 — Patologia da região anal. Hemorroidas, fistulas, fissuras.

#### AGOSTO :

- 1 — Arteriopatias periféricas — Diagnóstico e tratamento. Técnica da aortografia.
- 4 — Varizes dos membros inferiores.
- 8 — Patologia cirúrgica do coração e vasos. Canal arterial e coarctação da aorta.

*Um novo vasodilatador periférico  
sem efeitos secundários*

# DUVADILAN

Cloridrato de isoxsuprina

- \* arteriosclerose vascular periférica
- \* distúrbios vasculares periféricos funcionais
- \* embolia arterial e trombose
- \* trombo-angite obliterante
- \* arteriosclerose cerebral
- \* doença de Raynaud
- \* distúrbios vasculares periféricos por varizes
- \* Perturbações da contractilidade uterina, tais como:
  - dismenorréia primária*
  - abôrto iminente*
  - contrações uterinas precoces*
  - contrações uterinas tetânicas*

Caixas com 4 ampôlas de 2 cm<sup>3</sup> de 10 mg  
em solução aquosa

Vidros com 20 comprimidos de 10 mg



ORGANON

- 11 — Tratamento cirúrgico dos aneurismas da aorta torácica e abdominal.
- 15 — Estenose mitral — Tratamento cirúrgico.
- 18 — Correção cirúrgica das cardiopatias congênitas com circulação extracorporea.
- 22 — Anatomia do laringe, brônquios e pulmão. Laringoscopia e broncoscopia.
- 25 — Abscesso pulmonar. Patologia, diagnóstico e tratamento.
- 29 — Carcinoma pulmonar.

## LITERATURA MÉDICA

### Livros e folhetos recebidos

**Ligadura Transesofágiana de Varizes Sangrentas do Esôfago** — (à Boerema-Crille Jr.) — Dr. Salomão Kelner — Tese para Concurso de Docência Livre de Clínica Cirúrgica (2.<sup>a</sup> Cadeira) da Faculdade de Medicina da Universidade do Recife. Trabalho da cadeira de Técnica Operatória e Cirurgia Experimental e do Instituto de Cirurgia Experimental da Faculdade do Recife — 1960.

Depois de passar em revista toda a literatura médica sobre o assunto, justifica a conduta adotada pelo Prof. E. Wanderley F.<sup>o</sup> de quem o autor é assistente, que se baseia em duas etapas cirúrgicas:

1.<sup>a</sup> esplenectomia — operação fundamental para os portadores de varizes do esôfago e

2.<sup>a</sup> ligadura transesofágiana das varizes do esôfago de acordo com as técnicas divulgadas quase ao mesmo tempo por Boerema (1949) e Crille Jr. (1950). Esta técnica foi praticada pela primeira vez, na América Latina, pelo Prof. Wanderley F.<sup>o</sup> (1954).

Descreve, com clareza, o material e os métodos usados, ilustrando-os com grande número de fotografias e figuras. Publica as observações resumidas de 50 casos próprios, citando no capítulo dos resultados: a recorrência das hematemeses, as complicações, a mortalidade e a sobrevida.

Para terminar destaca as seguintes conclusões:

1. A ligadura deve ser realizada com a preocupação de obliterar minuciosamente os 3 blocos varicosos da submucosa, outras varicosidades eventualmente presentes, e varizes periesofágicas do segmento distal do esôfago torácico.

2. A ligadura apresenta complicações mínimas, sendo a principal, discreta disfagia para alimento sólido em 26% dos pacientes.

3. A ligadura pode ser indicada como tratamento eletivo ou de emergência, nas varizes sangrentas do esôfago, sempre como suplementação da esplenectomia; como tratamento eletivo pode ser realizada ao mesmo tempo ou, preferencialmente, em sessão cirúrgica posterior à esplenectomia.

4. A ligadura é uma intervenção de baixa mortalidade, levando em conta a natureza e evolução da doença:

a) mortalidade operatória foi de 6% (3 pacientes).

b) mortalidade tardia foi de 4% (2 pacientes).

5. A recorrência de hematemeses em 45 pacientes, durante o seguimento de 2 a 72 meses foi de 2,2% (1 paciente com um episódio de discreta hematemese).

6. Os melhores resultados foram observados nos pacientes em que a ligadura foi realizada em sessão cirúrgica posterior à esplenectomia.

**Exame do Aparelho Vestibular** — Prof. Franz Conde Jahn, professor da cadeira de Clínica Otorrinolaringológica da Universidade Central de Venezuela — Caracas, 1960 — O exame de aparelho vestibular foi sempre considerado um dos mais difíceis e complexos para os especialistas. Atualmente o melhor conhecimento da fisiologia e da patologia desse aparelho permitiu a simplificação da técnica de exame tornando-o do domínio da clínica diária. É com o intuito de divulgar este conhecimento que o Prof. Jahn publica esta monografia que será de grande utilidade para os estudantes e médicos não especializados.

**Noções de Audiometria** (Curso (1958-1959) e *O Sintoma Surdez* (Curso 1956-1957) são a publicação de uma síntese das lições ditas em sua cátedra pelo Prof. Dr. Franz Conde Jahn. São assuntos de interesse para o otorrinolaringologista assim como também para os estudantes e os médicos em geral.

**Alguns aspectos da classificação e tratamento dos tumores da bexiga** — Drs. Pauli I. Tuovinen e J. Ervasti — *Annales Chirurgiae et Gynaecologiae*. Vol. 50, Supl. 98, 1961.

Os autores fazem considerações sobre os critérios usuais de classificação, não isentos de causas de erro, que trazem dificuldades para a separação dos diversos estádios de evolução dos tumores, não só no que se refere aos sintomas como também no que diz respeito ao exame histológico. Estão de acordo em que, sob o ponto de vista prático, pode ser adotada a classificação em 5 estagios.

Como procedimento terapêutico consideram que uma ressecção radical ou, mais freqüentemente, segmentar da bexiga, é o melhor método de tratamento dos tumores malignos. A operação deve incluir, sempre que possível, uma irradiação com isotopos radioativos.

O material consistiu em 136 casos de tumores vesicais tratados no Departamento de Urologia do Maria City Hospital de Helsinki, durante os anos 1950-1958.

O material foi dividido em 4 grupos como segue:

I — Papiloma benigno ..	45 casos
II — Papiloma maligno e ca. papilar .....	41 casos
III — Carcinoma sólido ..	31 casos
VI — Outros tumores da bexiga .....	19 casos

**Os Estados Depressivos** — As depressões nevroticas, os estados depressivos ambulatorios, o suicídio nos deprimidos. Dr. Pierre A. Lambert médico dos Hospitais Psiquiátricos. "Synthèses cliniques", suplemento das "Monographies Medicales et Scientifiques", n.º 88, out. 1960.

Esta monografia que leva o número 14 na lista dos números publicados e que se pode considerar como o 2.º fascículo do trabalho sobre estados depressivos, tendo a primeira parte, que recebeu o número 13 versado sobre os estados depressivos apresentados pelos psicóticos. O assunto é ventilado com competência sob todos os seus aspectos.

**Anais do Instituto Fernandes Figueira** — Ano I, n.º 1. Departamento Nacional da Criança — Ministério da Saúde.

Lactario Seco e seu Funcionamento; uso do leite desnatado para programa de emergência. Divisão de Proteção Social — Departamento Nacional da Criança — Ministério da Saúde.

**Artrodese subtalar na poliomielite** — Um estudo clínico de artrodese tripla com e sem transplante simultâneo de tendão, em 211 pés de adultos. Dr. Ralf Lindholm. *Annales Chirurgiae et Gynaecologiae Fenniae*, Vol. 49 — Supl. 97 — 1960.

Estudo procedido por 25 cirurgias de Hospital Orthopédico da Fundação dos Inválidos, de Helsinki durante o período 1943-1955. A indicação operatória foi paralisia residual com deformidade do pé em consequência de poliomielite em suas diversas modalidades: equineo, varus, valgus e formas mistas.

É um estudo metuculofo que merece a leitura dos especialistas.

Contém copiosa bibliografia.

# Tetrin



N-(pirrolidinometil) tetraciclina

derivado de síntese da tetraciclina

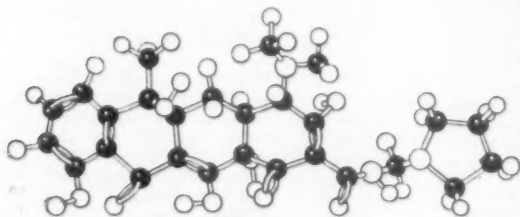
**2500** vezes mais solúvel para uso injetável

## VANTAGENS DO I.M.

Injeções menos dolorosas que as demais tetraciclinas  
Absorção rápida e eficaz no local da aplicação  
Níveis sanguíneos elevados e duradouros  
Uma única injeção diária

## VANTAGENS DO I.V.

Níveis sanguíneos elevados e duradouros  
Injeção direta na veia\* (350 mg em 10 cm<sup>3</sup>) em apenas 2 minutos  
Completamente indolor  
Sem os inconvenientes das injeções demoradas (gota a gota)



## apresentações:

**TETRIN ENDOVENOSO - 700 mg**

Cada frasco-ampola contém:  
N-(pirrolidinometil) tetraciclina... 700 mg

**TETRIN ENDOVENOSO - 350 mg**

Cada frasco-ampola contém:  
N-(pirrolidinometil) tetraciclina... 350 mg

**TETRIN I. M. - 150 mg**

Cada frasco-ampola contém:  
N-(pirrolidinometil) tetraciclina... 150 mg

**TETRIN I. M. - 350 mg**

Cada frasco-ampola contém:  
N-(pirrolidinometil) tetraciclina... 350 mg

**absorção rápida e eficaz no  
local da aplicação intramuscular**

LABORTERAPICA-BRISTOL S. A. - Ind. Química e Farmacêutica  
RUA CARLOS GOMES, 924 (SANTO AMARO) SÃO PAULO

## Conducta clínica o quirúrgica en las colecistopatías (\*)

Dr. TOMAS ARETA

Director de la Asistencia Pública de San Francisco  
(Córdoba) — Argentina

Un trabajo del Doctor Marcelino F. Corsella presentado en la noventa reunión científica de la Asociación de Médicos del Hospital Fernandez (18-12-1959) y publicado en la Semana Médica del 15 de Septiembre de 1960, pag. n.º 919 con el título de *La radiología en el síndrome post-colecistectomía* dice en su "Resumen y conclusiones":

"El porcentaje de secuelas de colecistectomías es elevado: su máximo exponente es la litiasis residual canalicular, a las que siguen los procesos esfinterianos funcionales y orgánicos. Hay pacientes que son sometidos a reiteradas intervenciones quirúrgicas".

"Es el enfoque integral de contemplar el problema hepatovesiculocanalicular en toda su amplitud; agregando que el equipo internista, anestesta y radiológico, deben seguir todas las etapas de la investigación, sin omitir por comodidad ninguna de ellas".

En las etapas descriptas en su hermoso y documentado trabajo nos relata con claras y probatorias radiografías las faces del colecístico: en su faz clínica pre-operatoria; durante la intervención y en el post-operatorio en los meses o años próximos, donde las secuelas se presentan nitidamente; unas veces por deficiencias en la 1.ª faz. (2.º) Otras por deficiencias en el acto operatorio. La colangiografía operatoria ideada por el Prof. Pablo Mirizzi en 1932, y propagada y aceptada mundialmente como insustituible.

Es necesario para un buen diagnóstico, los detalles de los procesos de obstrucción, inflamación crónica y otras reacciones propias a una disfunción canalicular y tisular por reflejos vegetativos que hacen de la fluxión intersticial refleja, la esencia patológica de las disquinecias, estrecheces, obturaciones y esclerosis vesiculocanaliculares, como procesos irreversibles de las disfunciones provocadas.

Aún con las colangiografías operatorias pueden presentarse dificultades grandes en el post-operatorio, por defectos en la técnica

o por motivos mayores, culpables a la etiopatología litiásica, que no se excluyen con sacar cálculos de operaciones relativamente correctivas.

A propósito de colangiografías, en mi trabajo "Colecistopatías", publicado en La Semana Médica del 15 de Septiembre de 1955, relato el caso operado por el gran Maestro de la Facultad de Medicina de la ciudad de Córdoba, Doctor Pablo Mirizzi. A los cinco meses ingresaba al Hospital "J. B. Iturraspe" de San Francisco de Córdoba, con un cuadro doloroso hepático, con intolerancia absoluta a todo alimento (vómitos incoersibles). La enferma se agravaba ante la impotencia medicamentosa de todos los fármacos usados. Su emaciación ponía en eminente peligro su vida. En la desesperación de los colegas asistenciales, me entregaron la paciente. Un bloqueo anestésico esplácnico derecho con 70 cc. de solución de novocaína al  $\frac{1}{4}$  por ciento, dió cuenta de todo el proceso agudo; dolores, vómitos e intolerancia gástrica. En pocos días, con buena alimentación, la enferma recuperó su buen estado general y fue dada de alta.

A los seis meses soy llamado a su domicilio con un cuadro clínico similar: dolores, vómitos y gran aflicción. Un nuevo bloqueo esplácnico derecho, efectuado inmediatamente, abolió el cuadro clínico morbozo y se recuperó la paciente. Durante seis años que asistí a la enferma por asma, neumonías o gripes, su sintomatología hepática litiásica no se hizo presente. (3.º) En la faz post-operatoria, (en lo cual correspondría lo enunciado arriba, enunciado en la 2.ª faz por relacionarlo más directamente al inventor de la colangiografía operatoria); las radiografías tomadas a los meses o años de las colecistectomías, nos demuestran plenamente las recidivas por litiásis residuales, por cálculos olvidados o de lesiones propias a las reflejas provocadas por disfunciones vegetativas, que marcan etapas en las inflamaciones císticas-canaliculares en pleno tejido hepático o sus colaterales, dependientes de su acción reguladora o patológica funcional.

En las secuelas referidas, cálculos residuales, obstrucciones canaliculares, o inflamaciones crónicas de estos tejidos con todos sus estados evolutivos patológicos, pueden atribuirse a deficiencias operatorias culpadas, a deficiencias claras en el diagnóstico localizado de las lesiones, o por deficiencias a su vez en el estudio radiológico. Es lógico pensar: que a pesar de una intervención lo mas meticulosa y completa, no se excluye con ella la causa productora de las lesiones mórbidas y por lo tanto no se puede pretender que la operación erradique recidivas, que están al amparo de disfunciones neurales o químicas, según otras opiniones.

Persistiendo por lo tanto las condiciones orgánicas propicias para nuevas lesiones similares, no es sorprendente que ellas aparezcan después de meses o años de intervenciones perfectas, efectuadas en algún momento.

Indudablemente el estudio completo radiológico en la 1.<sup>a</sup>, 2.<sup>a</sup> y 3.<sup>a</sup> faz, de las litiasis tienen en las colecistocolangiografías un auxiliar de 1.<sup>a</sup> orden para localizar a las mil maravillas las lesiones calcúlosas y las lesiones canaliculares en sus complejos elementos constitutivos.

El advenimiento de la biligrafina, como dice el Doctor Corsellas "llenó el vacío que dejaba el método oral, para las vesículas excluidas y el estudio satisfactorio de las vías biliares en operados o no operados". El autor en su entusiasmo dice: *Esta adquisición en radiología puede parangonarse en terapéutica al descubrimiento de los antibióticos.*

Algo exagerada la comparación, pero de gran valor, por dar una investigación conveniente de las disquinesias y complicaciones litíasicas y poderse controlar con ellas la evolución de las lesiones en el tiempo, frente a la terapia aplicada, ya sea quirúrgica o fármaco clínica.

Esta última condición, tal vez sea más importante frente a las colecistopatías: litiasis biliar, vesículas esclerosadas, vesículas excluidas; odiditis, papilitis, ampulitis; consecuencias todas de alteraciones funcionales primitivas, por excitaciones anormales del vegetativo, injuriado por causas múltiples: alimenticias, físicas, químicas, biológicas, infectivas que transforman el metabolismo normal de los tejidos, modificando las funciones vitales normales, con reflejos vegetativos que actúan en fluxiones intersticiales productoras de todas las etapas mórbidas: (1.º) Con producción de edemas, luego fibriación nucleada, para después perder los núcleos, transformándose en hialina y esclerosa, último peldaño patológico e irreversible.

De ésta manera sentamos la hipótesis de una causa común a dichos estados patológicos y por lo tanto rumbeamos a una nueva terapia, regularizadora de las funciones vegetativas, que no puede ser otra sino la bloqueoterapia anestésica del simpático.

Previo el estudio radiográfico, por la biligrafina en las etapas que nos habla el Doctor Marcelino F. Corsellas: 1.º) Colangiografías por inyecciones intravenosas de biligrafina y pruebas funcionales. 2.º) Colangiografía operatoria. 3.º) Colangiografía post-operatoria; tendremos una investigación completa para proceder: clínica o quirúrgicamente.

Así la clínica podría proceder con reguladores funcionales simpáticos, previa intenciona de regularizarlos con regímenes apropiados. Sin precipitaciones, ver las modificaciones obtenidas por ellos en tiempos prudenciales de meses. Solo ceder a la cirugía, los casos irreversibles a un buen funcionamiento tisural regional, por los medios fármacos o regímenes aplicados.

Así, éste capítulo de la patología general, pasaria en gran parte a la medicina general, y sólo en los casos irreversibles, completar el tratamiento con la cirugía oportuna, única dominadora en éstas ocasiones.

La etio-patología de las litiásis ha sido y es muy discutida: la infecciosa, la alcalosis, la acidosis, alimenticia, física, química, en fin todas, no conforman a la investigación médica. Solo quedan como coayubantes del estado mórbido, como injuriantes del simpático en su disfunción, que rigiendo el metabolismo tisural orgánico provoca ese variado conjunto, facilitando la litiásis y las funciones intersticiales, que hacen las diferentes lesiones anatómicas que se presentan en las colecistopatías.

Dada la enorme cantidad de ectomizados que recidivan en sus litiásis, sin contar los litiásicos que puedan quedar por deficiencias diagnósticas operatorias, debemos confesar, que con la operación por completa que sea, modifican las causas etiológicas que la promovieron; no debe dudar-se de la probabilidad de una recidiva y hasta se debe esperarla.

Por estas razones me inclino a la terapia reguladora del metabolismo tisural, y vería con agrado, que ella fuese buscada por regímenes o acciones apropiadas y normalizadoras de las funciones rectoras del vegetativo, y que estadísticas correlativas nos den la pauta más aceptable del difícil problema etio-patológico.

## ESTUDOS CIRURGICOS

6 volumes

*Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO*

### EL DRENAJE EN CIRURGIA

E

#### SEMIOLOGIA DEL CANCER DEL COLON Y DEL RECTO

Trabalhos do Prof. DOMINGOS PRAT, Professor Emérito da Faculdade de Medicina de Montevidéo, constituem duas publicações de real interesse para a classe médica.

Cr\$ 150,00 e Cr\$ 200,00

★

Os interessados na aquisição dessas obras podem dirigir-se ao

**SANATÓRIO SÃO LUCAS**

Rua Pirapitinguí, 80

# MEPRO

## Fórmula:

Meprobamato .....	0,400 g.
Vitamina B <sub>1</sub> .....	0,010 g.
Reserpina .....	0,0001 g.
Excipiente q. s. p. ....	0,500 g.

## INDICAÇÕES:

- Como relaxante muscular
- Agente tranquilizador
- Estados ansiosos e tensionais
- Alcoolismo
- Medicação sedativa.

## MODO DE USAR:

2 a 4 comprimidos ao dia, ou como determinar o médico

(Venda sob prescrição médica)

Licenc. pelo S. N. F. M. sob N.º 841/57

Farm. M. P. LANZONI

# GLUCOSSARA

## Fórmula:

Vitamina C .....	0,500 g
Vitamina B <sub>1</sub> .....	0,100 g
Vitamina B <sub>6</sub> .....	0,050 g
Glicocola .....	0,050 g
Sol. glicosada a 30 % q. s. p. ..	10,00 cm <sup>3</sup>

## INDICAÇÕES:

- Medicação tônica
- Estados tóxicos ou tóxico infecciosos
- Hipovitaminoses
- Desnutrição
- Convalescença
- Afecções hepáticas

## MODO DE USAR:

1 a 2 ampôlas diariamente por via endovenosa,  
ou segundo a indicação médica.

(Venda sob prescrição médica)

Licenc. pelo S. N. F. M. sob N.º 825/41

Form. M. P. LANZONI

★

**LABORATÓRIO PHARMA**

**MARCELLO MASSARA & CIA.**

**Rua Tabatinguera, 164 — São Paulo, Brasil**

# AMINO-CRON

— TÓPICO —

Succinato de sulfanilamida sódica ....	6,25 g
Mercurocromo .....	2,00 g
Glicerina ....	5,00 g
Água fervida .....	100 cm <sup>3</sup>

*No tratamento tópico das infecções  
estrepto-estafilocócicas*

# AMINO-CRON

— CIRÚRGICO —

Sulfanilamida — Mercuro-  
cromo — Alcool — Acetona.

*Uso tópico, pré-operatório —  
Assepsia local*



**LABORATÓRIO YATROPAN S. A.**

Av. Brigadeiro Luís Antônio, 290 — Telefones: 35-8485 e 35-1013

## Considerações sobre neoplasias primárias e secundárias do fígado (\*)

(A propósito de um caso clínico)

Prof. CARMO LORDY

(Anatomopatologista do Sanatório São Lucas)

Dr. CARLOS DE OLIVEIRA BASTOS

(Chefe do Departamento Clínico do Sanatório São Lucas)

*Dr. Carlos de Oliveira Bastos* : — O caso que vai ser hoje apresentado, conquanto de ocorrência clínica relativamente freqüente, se presta a considerações de real interesse prático.

No dia 5 de abril do corrente ano foi internado neste Sanatório o paciente V. G., de 51 anos, branco italiano, casado, mecânico.

Havia cerca de dois meses começara a sentir dores vagas no ombro, hemitórax e hipocôndrio direitos, sintomatologia esta que foi atribuída, pelo médico que o atendera, ao fígado. Há 20 dias, dada a persistência da queixa, foi submetido a uma colecistografia, que revelou: colecistograma positivo, porém de fraca intensidade; vesícula aumentada de volume, com resposta positiva à prova de Boyden-Bronner, sem sinais de litíase biliar. Já então apresentava o doente manifestações dispépticas altas de intensidade variável, inapetência, náuseas, raros vômitos alimentares, diarréia ocasional, acompanhada de indisposição geral, astenia, mudança de humor e perda de peso, calculada em dez quilos pelo próprio doente. Internou-se então em certo serviço hospitalar desta Capital, onde foi medicado sintomaticamente. As dores de que se queixava foram atribuídas a processo de espondilo-artrose dorso-lombar evidenciada pelas radiografias que o doente nos trouxe.

Sentindo agravar-se o seu estado procurou este Sanatório.

O interrogatório sobre os dados anamnésticos atuais e sobre os antecedentes mórbidos foi de todo inexpressivo.

O exame físico revelou-nos um paciente em condições gerais relativamente precárias, abatido, pálido, com expressão fisionômica

---

(\*) Caso apresentado à Sociedade Médica São Lucas em 27 de abril de 1961.

de sofrimento e com sinais de recente emagrecimento. Sem febre; sem icterícia. Evidente aumento de volume da base do hemitórax direito e do hipocôndrio do mesmo lado. Patente diminuição da expansibilidade respiratória desta base, dando a impressão de completa imobilidade do hemidiafragma direito. Fígado aumentado difusamente de volume tanto em seu limite superior quanto no inferior, ultrapassando a borda hepática dois dedos transversos a reborda costal; superfície lisa, consistência discretamente aumentada e dór discreta à pressão. Vesícula biliar não palpável. Baço não percutível, nem palpável. Ausência de sinais propedêuticos de ascite.

A radioscopia confirmou esses achados: cúpula diafragmática direita de limites regulares e elevada, com movimentos respiratórios de amplitude bastante reduzida; coração e parênquima pulmonar sem alterações dignas de registro.

Diante destes dados foram formulados "ab initio" várias hipóteses diagnósticas: neoplasia hepática? abscesso do fígado? cisto? cirrose hipertrófica nutricional? coleção sub-frênica?, que demandavam naturalmente ulteriores pesquisas.

O estudo radiológico do esôfago, estômago, duodeno e trânsito êntero-cólico não revelou a existência de qualquer lesão orgânica; dos exames habituais de rotina (sangue, fezes, urina) ficou patenteada apenas anemia hipocrômica, discreta leucocitose neutrófila e leve desvio à esquerda. A bilirrubinemia e provas de função hepática foram insignificativas.

Durante os primeiros dias de internação foram registradas irregulares elevações térmicas e comprovado o progressivo agravamento das manifestações dispépticas e dolorosas e do estado geral; posteriormente sobrevieram sinais de ascite.

Antes que esta viesse a se manifestar praticámos a punção-biópsia do fígado, orientada a agulha em direções diferentes. Obtivemos bons fragmentos do órgão; o exame histopatológico, todavia, não pôde caracterizar nenhum dos diagnósticos aventados. Na dúvida de que os demais recursos de propedêutica armada, tais como o pneumoperitônio e a peritonioscopia, pudessem elucidar com firmeza o caso e diante das facilidades que oferece este Sanatório para a pronta exploração cirúrgica, apelamos de pronto para esta. A laparotomia exploradora, realizada pelo Dr. Eurico Branco Ribeiro, pôs à mostra a existência de uma formação tumoral nodular intra-hepática, irregular, fazendo saliência, numa extensão de uns 5 a 6 cm. de diâmetro, na superfície da parte alta da convexidade do lobo direito do fígado, onde foi praticada a biópsia cirúrgica. Além de ascite, foi ainda reconhecida, pelo aspecto do órgão, a existência de cirrose hepática. A situação da massa tumoral justificou o malôgro de nossa punção-biópsia, inacessível que era à agulha de punção; e não poderia também, pelas mesmas razões, ser visualizada à peritonioscopia.

A exploração circunstanciada de toda a cavidade abdominal não permitiu a identificação de tumor primitivo ou metastático de quaisquer outros órgãos.

O ato operatório decorreu sem contratempos, limitada a intervenção à prática das biópsias.

O completo esclarecimento do caso ficará agora a cargo do Prof. Lordy. Antes, porém, de ouvirmos a sua palavra conceituada desejamos focalizar algumas noções de interesse clínico sobre as neoplasias do fígado. Este órgão é a sede mais freqüente dos blastomas metastáticos, depois dos gânglios regionais; raros são, todavia, os tumores primitivos benignos ou malignos (hepatomas, colangiomas, colângio-hepatomas e tumores que não se originam de elementos hepáticos específicos).

Em relação ao fígado é válida ainda hoje a velha observação de Virchow de que os órgãos que constituem sede habitual de localizações metastáticas raramente dão origem a tumores primitivos. As estatísticas mais recentes, todavia, parecem demonstrar que a incidência destes tumores vem aumentando nos últimos 20 anos. As estatísticas demonstram ainda flagrantes discrepâncias de ocorrência em relação à distribuição geográfica, raças, fatores nutricionais e concomitâncias mórbidas, sendo patente a predileção destas neoformações pelos nativos asiáticos e africanos, em zonas de reconhecidas deficiências nutritivas, de alta incidência de moléstias parasitárias e onde são usadas para fins alimentares substâncias tidas como carcinogênicas.

Muito freqüente é a associação do câncer do fígado e hepatopatias pré-existentes, tais como cirroses de variados tipos, hemocromatose, esquistossomíase, alcoolismo crônico, etc.

A produção experimental destes tumores, usados principalmente ratos e camundongos, tem sido obtida a custa de compostos carcinogênicos (orto-aminoisotolueno, para-dimetilaminoazobenzeno), bombardeios com neutrons e inoculações de tumores humanos. Difícil é, todavia, transportar para a patologia humana as observações colhidas de animais.

Os tumores metastáticos do fígado, oriundos habitualmente de órgãos tributários do sistema porta ou conseqüentes a êmbolos transportados pela própria artéria hepática, muitas vezes, como no caso presente, assume toda a significação clínica dos casos, pois os tumores primários, não raro de diminutas proporções e assintomáticos, podem passar de todo despercebidos à exploração clínica, cirúrgica e mesmo necroscópica.

O diagnóstico dos tumores hepáticos, tanto primitivos, quanto secundários, pode se revestir de sérias dificuldades, quer pela falta de sintomatologia expressiva ou significativa, quer pela falência dos recursos propedêuticos de exploração. O laboratório também não pode ser conclusivo; as provas funcionais hepáticas, especialmente

a fosfatase alcalina, a bromosulfaleína e as alterações eletroforéticas das proteínas plasmáticas, podem, entretanto, orientar o diagnóstico.

Pesquisas especializadas para a evidênciação dos tumores e detecção de metástases, tais como o emprêgo de substâncias rádio-ativas, como o dióxido de tório e a soro-albumina humana iodada rádioativa só estão ao alcance de serviços altamente especializados.

O prognóstico é sempre mau e a sobrevida, depois de reconhecida a doença, raramente alcança um ano. O tratamento, seja o cirúrgico, seja o radioterápico, seja ainda o quimioterápico de qualquer tipo, está ainda muito longe de oferecer fundadas esperanças.

*Prof. Carmo Lordy.* — O tumor hepático de que se está tratando é, no ponto de vista histológico, um carcinoma medular, porque constituído quase exclusivamente por células, com escasso poder de diferenciação; é maligno, porque nele predominam elementos celulares polimorfos, com sinais de atipia, principalmente nuclear, muitas mitoses.

Na indagação, a saber se se tratava de uma neoplasia primária ou secundária do fígado, pensou-se no início numa primária, talvez um hepatoma, por não se encontrar outra, a que se pudesse atribuir a origem. Entretanto, o exame histopatológico veio depois invalidar tal suposição. A fim de se estabelecer em tais casos um critério orientador, é útil fazer algumas considerações a respeito.

É sabido que os carcinomas secundários ou metastáticos do fígado são muito mais freqüentes do que os primários. Também é sabido que o tumor primário se desenvolve num órgão situado no território das raízes da veia porta (estômago, intestino, pâncreas, órgãos da bacia, etc). Em certos casos, a presença do carcinoma primário fica dissimulada, por causa de suas dimensões muito reduzidas, em contraste com as dimensões às vezes bem mais avantajadas do tumor metastático.

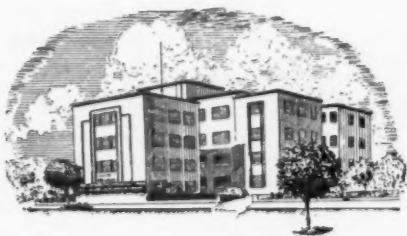
Por outro lado, o diagnóstico de carcinoma primário deve ser admitido, depois de excluídas as possibilidades acima apontadas e principalmente depois da comprova histológica. Apresenta-se êle sob duas variedades: carcinoma de células hepáticas, também denominado de carcinoma hepato-celular, c. parênquimatoso, hepatoma maligno, e carcinoma das vias biliares, c. colangio-celular, colangioma maligno. Para melhor compreender essa dupla variedade, são úteis algumas referências sobre o desenvolvimento da glândula hepática. O fígado desenvolve-se à custa do endoderma do canal alimentar, em sua parede ventral, no limite entre o intestino anterior e o saco vitelino. Nesse ponto, os elementos celulares proliferam intensamente na espessura do mesentério ventral, tornado transversal, em consequência da penetração das veias onfalo-mesentéricas em demanda do seio reuniente do coração. Disso resulta a formação de um espessamento, bilateralmente simétrico, constituído por cordões

de células, as quais mais tarde se diferenciam em dois grupos, isto é, células hepáticas, dotadas de atividade secretora e células que se distribuem ao longo das ramificações da veia porta (futuros condutos biliares intra-hepáticos), destituídas de atividade secretora. Deriva do primeiro grupo o carcinoma hepato-celular e do segundo, o carcinoma colangio-celular.

Quanto à genese formal de tais neoplasias, em 85,4% dos casos de carcinomas primários do fígado, segundo Eggel, a origem deve ser atribuída à cirrose hepática. A parte restante correria por conta da persistência anômala, na espessura do órgão, de focos celulares indiferenciados e não aproveitados na fase embrionária do desenvolvimento, os quais, sob determinados estímulos, mais tarde, acabariam evoluindo na linha blastomatosa.

## SANATÓRIO SÃO LUCAS

Fundação para o Progresso da Cirurgia



Rua Pirapitinguí, 80 — Telefone: 36-8181 — São Paulo

---

*Peça informações sobre o "Estágio de aperfeiçoamento"  
mantido pelo Sanatório São Lucas*

*Cooperadores da*

**Fundação para o Progresso da Cirurgia**

A Chimica "Bayer" S. A.  
Abbott Laboratórios do Brasil Ltda.  
Bracco-Novotherapica, Laboratórios S. A.  
Carlo Erba do Brasil S. A.  
Companhia Química Rhodia Brasileira  
Companhia Sul Americana de Investimentos, Crédito  
e Financiamento  
Dr. Sylvio Costa Boock  
E. R. Squibb & Sons S. A.  
Eli Lilly and Company of Brazil Inc.  
Hoechst do Brasil S. A.  
Indústria Química e Farmacêutica Schering S. A.  
Indústrias Químicas Mangual S. A.  
Instituto De Angeli do Brasil  
Instituto Farmacêutico de Produtos Científicos Xavier  
Instituto Pinheiros  
Instituto Terapêutico Activus Ltda.  
João A. Machado S. A.  
Jonhson & Johnson  
Laboratório Beltrand Ltda.  
Laboratório Climax S. A.  
Laboratório F. Pierre S. A.  
Laboratório Farmacêutico Internacional S. A.  
Laboratório Paulista de Biologia S. A.  
Laboratório Pharma  
Laboratório Silva Araujo Roussel S. A.  
Laboratório Sintético Ltda.  
Laboratório Terápica Paulista S. A.  
Laboratório Torres S. A.  
Laboratório Yatropan S. A.  
Laboratórios Ayerst Ltda.  
Laboratórios Enila S. A.  
Laboratórios Farmacêuticos Vicente Amato —  
Usafarma S. A.  
Laboterapica-Bristol S. A.  
Opoterapica Nespa S. A.  
Organon do Brasil S. A.  
Pravaz — Recordati, Laboratórios S. A.  
Produtos Nestlé  
Produtos Químicos Ciba S. A.  
Produtos Roche, Químicos e Farmacêuticos S. A.  
Sandoz do Brasil S. A.

## Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia

### TABELA DE PREÇOS DE ANÚNCIOS

(para doze anúncios)

	Cr\$
Capa externa (12 × 19 cm) por vez .....	10.000,00
Capa interna (12 × 19 cm) por vez .....	8.500,00
1 página (12 × 19 cm) por vez .....	7.000,00
½ página (9 × 12 cm) por vez .....	4.000,00
¼ página (9 × 5,5 cm) por vez .....	3.000,00
Encarte por vez .....	5.000,00
6 inserções anuais mais .....	20 %
3 inserções anuais mais .....	40 %

## STRYCHNANEURIN B<sub>12</sub>

(VITAMINA B<sub>12</sub> + VITAMINA B<sub>1</sub> + SULFATO DE ESTRICNINA)

### Tônico neuro-muscular por excelência

STRYCHNANEURIN B<sub>12</sub> 50 mcg

(1 mg Sulfato de Estricnina + Vitamina B<sub>1</sub> + Vitamina B<sub>12</sub>)

STRYCHNANEURIN B<sub>12</sub> 100 mcg

(2 mg Sulfato de Estricnina + Vitamina B<sub>1</sub> + Vitamina B<sub>12</sub>)

STRYCHNANEURIN B<sub>12</sub> 500 ou 1000 mcg

(2 mg Sulfato de Estricnina + 100 mg Vitamina B<sub>1</sub> + Vitamina B<sub>12</sub>)

Drágeas de dosagem única

★

*Amostras e literaturas ao dispor dos Senhores Médicos*

**BRACCO-NOVOTHERAPICA, LABORATÓRIOS S. A.**

Rua Pedroso de Moraes, 1.157 — Fone: 80-2171 (Rêde interna) — São Paulo

## DR. SYLVIO COSTA BOOCK

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

RUA BRAÚLIO GOMES, 25 - 4.º Andar — TELEFONES 4-7744 e 8-5445

*Agora no Brasil!*

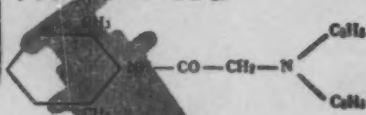
O ANESTÉSICO LAUREADO PELA PREFERÊNCIA ABSOLUTA DO MUNDO MÉDICO.



# Xylocaína®

PAT. BRAS. N.os 42.007 e 44.164

*Nova Base*



marca registrada  
(20)

**POTÊNCIA:** 2 A 4 VEZES MAIOR QUE A DA PROCAÍNA -

**DURAÇÃO DO EFEITO:** 2 A 3 VEZES MAIOR QUE A DA PROCAÍNA -

**FATORES DE SEGURANÇA:** 2 A 3 VEZES MAIOR QUE OS DA PROCAÍNA - (PORQUE É EMPREGADO EM CONCENTRAÇÕES E DOSES MENORES) -

**SENSIBILIZAÇÃO:** NÃO PRODUZ REAÇÕES ALÉRGICAS OU SENSITIVAS -

**INIBIÇÃO DE SULFAS E ANTIBIÓTICOS:** NENHUMA -

**CAMPO DE AÇÃO:** EFETIVA EM ANESTESIA POR INFILTRAÇÃO, POR CONDUÇÃO; EM BLOQUEIO TERAPÊUTICO TEMPORÁRIO PARA ALÍVIO DE DORES; EM ANESTESIA TÓPICA -

**APRESENTA-SE:**



CONCENTRAÇÕES DE 1/2, 1 E 2% SEM VASOCONSTRITOR  
CONCENTRAÇÕES DE 1/2, 1 E 2% COM ADRENALINA  
1:80.000 E 1:100.000

**FRASCO AMPOLA DE 20 CM3.**

CONCENTRAÇÃO DE 2% - ESPECIAL - COM ADRENALINA  
1:80.000

CONCENTRAÇÃO DE 2% COM ADRENALINA 1:80.000  
**AMPOLA DE 2 CM3.**

**ASTRA DO BRASIL**  
PRODUTOS FARMACÊUTICOS LTDA.

Avenida Lins de Vasconcelos, 1042 - Caixa Postal, 1697  
Telefones: 70-8415-7-4990 - S. Paulo

